

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

La relation entre la motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique
chez les adolescents présentant des difficultés d'adaptation

Par

Nicolas Perron-Trudel

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

Psychoéducation

Octobre 2018

© Nicolas Perron-Trudel

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
Faculté d'éducation

La relation entre la motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique
chez les adolescents présentant des difficultés d'adaptation

Nicolas Perron-Trudel

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Myriam Laventure

Directrice de recherche

Luc Touchette

Codirecteur de recherche

Alexa Martin-Storey

Évaluatrice externe

Mélanie Lapalme

Évaluatrice externe

Mémoire accepté le 25 janvier 2019

SOMMAIRE

La présente étude porte sur la relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique chez les adolescents recevant des services d'aide psychosociale pour des difficultés d'adaptation. Dans le cadre d'interventions psychosociales, le manque de motivation est l'une des raisons les plus fréquemment citées par les individus pour expliquer leur abandon des services ou les moins bons résultats des interventions. Chez les adolescents, ce manque de motivation s'expliquerait entre autres par le fait qu'ils seraient susceptibles de percevoir leurs difficultés comme temporaires et qu'ils auraient peur d'être stigmatisés s'ils demandent de l'aide. Il semble que les adolescents qui présentent un plus faible niveau de motivation au changement rapportent une plus faible alliance thérapeutique en cours de service. Or, l'impact de la motivation au changement sur les différents construits constituant l'alliance thérapeutique selon Bordin (1979), soient les buts, les tâches et le lien, a été peu étudié chez les adolescents. De plus, bien que certaines covariables soient liées aux variables à l'étude (âge, sexe, difficultés d'adaptation intériorisées ou extériorisées, consommation problématique de psychotropes), aucune des études recensées ne s'est intéressée à leur impact spécifiquement sur la relation entre les deux variables à l'étude.

En réponse à ces limites, la présente étude vise à : 1) Évaluer la relation entre le niveau de motivation au changement des adolescents à l'entrée dans le programme d'intervention et la qualité de l'alliance thérapeutique à la 3^e semaine (échelle globale, buts, tâches, lien); 2) Vérifier la présence d'une association entre le niveau de motivation au changement des adolescents à l'entrée dans le programme d'intervention et la qualité de l'alliance thérapeutique à la 3^e semaine, indépendamment de l'âge, du sexe et des difficultés d'adaptation vécues par les adolescents (difficultés intériorisées ou extériorisées et consommation problématique de psychotropes). Des analyses de variance et des régressions multiples hiérarchiques ont été réalisées pour répondre à

ces objectifs. L'échantillon de la présente étude est constitué de 256 adolescents (45,3% de filles) ($M = 14,73$ ans) ayant participé au programme Crise-Ado-Famille-Enfance. Toutes les mesures utilisées ont été auto-rapportées par le jeune. L'outil maison utilisé pour évaluer le niveau de motivation au changement est basé sur le Modèle transthéorique du changement (Prochaska, Diclemente et Norcross, 1992) qui divise les niveaux de motivation des individus à travailler sur leurs difficultés d'adaptation en cinq stades. Pour la qualité de l'alliance thérapeutique, les échelles du Modèle théorique de l'alliance de travail (Bordin, 1979) ont été mesurées à partir de la version française du Working Alliance Inventory (Corbière, Bisson, Lauzon et Ricard, 2006). Concernant les difficultés d'adaptation du jeune à l'entrée dans le programme, la version française du Youth Self Report (YSR, Achenbach et Rescorla, 2001) a permis d'évaluer les difficultés intériorisées et extériorisées, alors que la Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes DEP-ADO (Germain *et al.*, 2013) a permis d'évaluer la consommation problématique de psychotropes.

Les résultats indiquent que les jeunes avec un plus faible niveau de motivation au changement en début de service rapporteraient une plus faible alliance thérapeutique globale à la 3^e semaine et s'entendraient moins bien avec les intervenants concernant les buts et les tâches liées à l'intervention. La qualité du lien avec l'intervenant ne serait toutefois pas liée au niveau de motivation au changement. De plus, au-delà du sexe, de l'âge, des difficultés intériorisées et extériorisées, les jeunes qui rapportent une plus forte motivation au changement en début de service rapporteraient aussi une plus forte alliance thérapeutique globale à la 3^e semaine. Toutefois, les analyses multivariées effectuées n'expliquent qu'une faible proportion de la variance de l'alliance thérapeutique globale (16%).

Force est de constater que d'autres variables doivent être considérées pour comprendre davantage la relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique. Concernant les construits de l'alliance

thérapeutique selon Bordin (1979), la recherche d'indépendance inhérente au développement des adolescents pourrait entre autres expliquer pourquoi les buts et les tâches sont particulièrement liés au niveau de motivation au changement, alors que le lien ne l'est pas. De plus, le lien repose sur un ensemble d'affects entre le jeune et l'intervenant. Ce construit est donc moins concret et moins tangible que les deux autres. En somme, par le biais de sa relation avec la qualité de l'alliance thérapeutique, la motivation au changement constitue un facteur influent dans le processus de réadaptation des adolescents, au-delà de l'âge, du sexe et des difficultés d'adaptation.

À la lumière des résultats obtenus, les psychoéducateurs devraient être davantage formés à l'évaluation du niveau de motivation au changement chez les adolescents et être davantage sensibilisés à l'impact de leurs interventions sur les variables ici à l'étude (motivation au changement, alliance thérapeutique). Les intervenants devraient porter une attention plus particulière aux adolescents qui rapportent une plus faible motivation au changement, aux garçons, aux adolescents plus jeunes et à ceux qui vivent des difficultés extériorisées plus sévères puisque ceux-ci semblent avoir plus de difficultés à créer une forte alliance thérapeutique. Dans le même ordre d'idée, les psychoéducateurs auraient intérêt à impliquer davantage les adolescents dans la définition des buts et des tâches liées à l'intervention.

Les résultats de la présente étude doivent être interprétés en tenant compte de certaines limites, incluant la désirabilité sociale, l'attrition, l'utilisation d'un outil non validé pour mesurer la motivation au changement et l'absence de certaines variables de contrôle qui auraient été pertinentes à considérer. En ce sens, les recherches futures devraient investiguer davantage l'impact de la comorbidité de difficultés d'adaptation de différentes natures sur la relation entre le niveau de motivation au changement des adolescents et la qualité de l'alliance thérapeutique, ainsi que l'impact des comportements des intervenants et du contexte d'intervention sur l'une ou l'autre de ces variables, ainsi que sur la relation entre elles.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES FIGURES	9
ÉPIGRAPHE	10
REMERCIEMENTS	11
PREMIER CHAPITRE – PROBLÉMATIQUE	12
1. INTRODUCTION	12
2. DÉFINITION DES TERMES À L'ÉTUDE	15
2.1 La motivation au changement.....	15
2.2 L'alliance thérapeutique	19
2.3 Les difficultés d'adaptation à l'adolescence	21
3. QUESTION DE RECENSION.....	23
DEUXIÈME CHAPITRE – RECENSION DES ÉCRITS	26
1. MÉTHODE DE RECENSION.....	26
2. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES.....	28
3. RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES.....	33
3.1 La relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique selon les répondants des variables à l'étude.....	33
3.2 La relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique selon les modèles théoriques utilisés pour définir et mesurer les variables.....	34
3.4 Impact des variables sociodémographiques et des difficultés d'adaptation sur les variables à l'étude.....	37
4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES	39
5. LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES	41
5.1 Limites liées à la désirabilité sociale	41
5.2 Limites liées à la validité écologique.....	42
5.3 Limites liées aux caractéristiques méthodologiques des études	42
5.4 Limites du champ d'études constatées suite à l'analyse de l'ensemble des études recensées.....	43

6. OBJECTIFS	44
TROISIÈME CHAPITRE – MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	47
1. DEVIS	47
2. ÉCHANTILLON	47
2.1 Échantillon général.....	47
2.2 Échantillon retenu pour la présente étude	48
3. COLLECTE DE DONNÉES.....	52
3.1 Déroulement de la collecte de données	52
3.2 Variables et instruments de mesure.....	53
4. ANALYSE DES DONNÉES	56
QUATRIÈME CHAPITRE – RÉSULTATS.....	59
1. LA RELATION ENTRE LE NIVEAU DE MOTIVATION AU CHANGEMENT À L'ENTRÉE DU PROGRAMME ET LA QUALITÉ DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE À LA 3 ^E SEMAINE.....	59
2. L'ASSOCIATION ENTRE LE NIVEAU DE MOTIVATION AU CHANGEMENT À L'ENTRÉE AU PROGRAMME ET LA QUALITÉ DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE À LA 3 ^E SEMAINE, INDÉPENDAMMENT DE L'ÂGE, DU SEXE ET DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION VÉCUES PAR LES ADOLESCENTS	61
2.1 Résultats des analyses bivariées préliminaires.....	61
2.2 Procédure et résultats des analyses multivariées.....	62
CINQUIÈME CHAPITRE – DISCUSSION	65
1. ANALYSE DES RÉSULTATS OBTENUS.....	66
2. RETOMBÉES POUR LA PRATIQUE PSYCHOÉDUCATIVE	71
3. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	74
4. RECOMMANDATIONS POUR LES RECHERCHES FUTURES	75
5. CONCLUSION	76
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	78
ANNEXE A – ÉVALUATION DE LA MOTIVATION AU CHANGEMENT DU JEUNE SELON LE JEUNE LUI-MÊME	84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Synthèse des caractéristiques des études recensées.....	30
Tableau 2	Moyennes et écarts types des variables continues.....	49
Tableau 3	Analyses de variance des difficultés d'adaptation en fonction des stades de changement.....	51
Tableau 4	Analyses de variance de la qualité de l'alliance thérapeutique en fonction des stades de changement.....	60
Tableau 5	Corrélations entre les covariables et les différentes échelles de l'alliance thérapeutique.....	62
Tableau 6	Régressions multiples hiérarchiques prédisant l'alliance thérapeutique globale à partir du stade de changement en contrôlant pour les covariables.....	64

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Schéma adapté du Modèle transthéorique du changement (Prochaska <i>et al.</i> , 1992) par Plourde et Laventure (2018)	18
----------	---	----

“I propose that the working alliance between the person who seeks change and the one who offers to be a change agent is one of the keys, if not the key, to the change process.”

(Bordin, 1979)

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier sincèrement ma directrice, Mme Myriam Laventure, et mon codirecteur, M. Luc Touchette, pour toutes les heures de supervision que vous m'avez allouées. Merci d'avoir été mes mentors, d'avoir éclairé mes innombrables incertitudes et d'avoir persévéré avec moi dans cette alliance de travail.

Un énorme merci à toute ma famille pour votre soutien inconditionnel. Merci à mon père, Mario Trudel, et ma mère, Monique Perron, pour vos sages paroles d'encouragement. Merci à mon frère, Patrick Perron, et à ma belle-sœur, Josée Gagnon, de votre accueil dans votre inspirant petit coin de paradis. Merci à mon filleul, Laurent Perron, tes premiers éclats de vie ont égayé mes dernières périodes de rédaction.

Merci à Pierrette Simard pour sa rétroaction. Merci à tous mes amis proches de m'avoir changé les idées de temps à autre. Merci à Ariane Martel-Théorêt, Carmen-Édith Belleï-Rodriguez, Gary Saint-Jean, Mariève Croteau et Julien Poirier-Godon d'avoir été pour moi des figures d'inspiration et de persévérance. Enfin, merci à toutes les personnes qui m'ont aidé de près ou de loin à accomplir ce mémoire.

PREMIER CHAPITRE PROBLÉMATIQUE

1. INTRODUCTION

Les difficultés d'adaptation vécues à l'adolescence peuvent contribuer au développement de problèmes persistants et avoir des conséquences négatives dans plusieurs sphères de la vie : problèmes de santé physique et mentale, difficultés scolaires et d'employabilité, faible estime de soi, habiletés sociales inadéquates, conflits avec l'entourage, difficultés d'insertion sociale, faible motivation à la réussite, judiciarisation (Cloutier et Drapeau, 2008; Gouvernement du Québec, 2013; Kazdin, 1992). En ce sens, l'intégration et le maintien des adolescents qui vivent des difficultés d'adaptation dans les services d'intervention psychosociale requièrent une attention particulière. Certains chercheurs identifient le manque de motivation comme l'une des raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer l'abandon des services, le refus de coopérer avec les intervenants ou les moins bons résultats des interventions (Ryan, Plant et O'Malley, 1995, dans Drieschner, Lammers et Van der Staak, 2004). Chez les adolescents, le manque de motivation s'expliquerait entre autres par le fait qu'ils sont plus susceptibles de percevoir leurs difficultés comme temporaires (Dumais, 2002, dans Gouvernement du Québec, 2012), de croire qu'elles se résoudront d'elles-mêmes et d'avoir peur d'être stigmatisés s'ils demandent de l'aide (Fournier *et al.*, 2007, dans Gouvernement du Québec, 2012). D'autres auteurs soulignent aussi l'impact des facteurs environnementaux sur le niveau de motivation au changement des adolescents et sur leur processus de réadaptation (Brunelle, Bertrand, Tremblay, Arseneault, Landry, Bergeron *et al.*, 2010; Cloutier et Drapeau, 2008; Drieschner *et al.*, 2004; Melnick, De Leon, Kawke, Jainchill et Kressel, 1997). Par exemples un pauvre historique de socialisation, un faible statut socioéconomique, la présence d'abus physique ou sexuel ainsi que des facteurs familiaux tels que la maltraitance, le manque de soutien parental et la présence de troubles de santé mentale chez les parents peuvent

contribuer à un faible niveau de motivation au changement chez l'adolescent (Cloutier et Drapeau, 2008; Kazdin, 1992; Steinberg et Morris, 2001). Or, une motivation au changement minimale est nécessaire pour qu'un adolescent décide d'intégrer un service d'intervention psychosociale et que des résultats positifs soient observés, notamment en matière de changement de comportement (Groshkova, 2010).

Outre la motivation, la qualité de l'alliance thérapeutique entre l'adolescent et son intervenant est également positivement associée à de meilleurs résultats suite aux interventions (Brunelle *et al.*, 2010; Karver, Handelsman, Fields et Bickman, 2006; McLoed, 2011; Robbins, Liddle, Turner, Dakof, Alexander et Kogan, 2006; Shelef, Diamond, Diamond, et Liddle, 2005; Zack, Castonguay et Boswell, 2007). Ici encore plusieurs caractéristiques de l'individu (caractéristiques sociodémographiques, difficultés d'adaptation vécues, schèmes d'attachement), de son environnement (relation avec la famille et les pairs, soutien social) et du contexte clinique (mandat, source de référence, approches théoriques, caractéristiques de l'intervenant) influenceraient l'alliance thérapeutique et ses impacts sur le processus d'intervention (Ayotte, Lanctôt, et Tourigny, 2015; Broome, Joe et Simpson, 2001; DiGiuseppe, Linscott et Jilton, 1996; Garner, Godley et Funk, 2008; Gelso, 2014; Horvath et Luborsky, 1993; Joe, Knight, Becan et Flynn, 2014; McLoed, 2011; Shirk et Karver, 2003; Zack *et al.*, 2007). Les individus qui ont vécu de la maltraitance (Ayotte *et al.*, 2015), les adolescents qui sont référés dans les services par un tiers ou par la cour (DiGiuseppe *et al.*, 1996; Joe, Knight, Becan et Flynn, 2014; Shirk et Karver, 2003; Zack *et al.*, 2007), ceux qui vivent des difficultés extériorisées (Ayotte *et al.*, 2015; Shirk et Karver, 2003; Zack *et al.*, 2007), les garçons (Darchuck, 2007) et les adolescents plus jeunes (Ayotte *et al.*, 2015; Garner *et al.*, 2008) sembleraient avoir plus de difficultés à former une forte alliance thérapeutique. Or, bien qu'elle soit définie de façon similaire, l'alliance thérapeutique ne se manifeste pas de la même façon chez les adolescents que chez les adultes (DiGiuseppe *et al.*, 1996; Shirk et Karver, 2003; Zack *et al.*, 2007). Par exemple, les adolescents qui n'ont jamais bénéficié de services d'intervention psychosociale peuvent ne pas savoir à quoi s'attendre de la part des

intervenants (Zack *et al.*, 2007). Ceux-ci peuvent donc avoir plus de difficultés que les adultes à comprendre de quelle façon les objectifs et les activités proposées par les intervenants peuvent leur venir en aide (*Ibid*).

Ainsi, la motivation au changement et l'alliance thérapeutique sont identifiées comme des éléments centraux dans la recherche d'aide et la réussite des interventions psychosociales (Kozloff, Cheung, Ross, Winer, Ierfino, Bullock *et al.*, 2013). Pour plusieurs auteurs, ces variables sont intimement liées (DiGiuseppe *et al.*, 1996; Drieschner *et al.*, 2004; Mossière et Serin, 2014). Certains auteurs affirment que les adolescents qui présentent une meilleure motivation au changement développeraient une meilleure alliance thérapeutique (DiGiuseppe *et al.*, 1996; McLoed, 2011; Horvath et Luborsky, 1993; Zack *et al.*, 2007). À l'inverse, la qualité de l'alliance thérapeutique pourrait aussi influencer le degré de motivation au changement de l'adolescent (Bordin, 1980, dans Hogarth *et al.*, 1993; Karver, Handelsman, Fields et Bickman, 2005). Or, si plusieurs études portant sur une clientèle adulte ont démontré des liens entre ces deux concepts (Connors, DiClemente, Dermen, Kadden, Carroll et Frone, 2000; Derisley et Reynolds, 2000; Principe, Marci, Glick, et Ablon, 2006; Rochlen, Rude, et Baron, 2005), les liens empiriques existant entre la motivation au changement et l'alliance thérapeutique chez les adolescents présentant des difficultés d'adaptation sont peu documentés (Ayotte *et al.*, 2015; Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Karver *et al.*, 2005; Zack *et al.*, 2007). Pourtant, les auteurs s'entendent pour dire que la motivation au changement et l'alliance thérapeutique ne s'opèrent pas de la même façon chez les jeunes que chez les adultes (DiGiuseppe *et al.*, 1996; Shirk et Karver, 2003; Zack *et al.*, 2007). Ainsi, une meilleure compréhension de la relation entre ces deux concepts à l'adolescence permettrait aux intervenants de mieux ajuster leurs interventions auprès de cette clientèle spécifique.

2. DÉFINITION DES TERMES À L'ÉTUDE

Pour mieux comprendre la relation entre la motivation au changement et l'alliance thérapeutique chez les adolescents qui vivent des difficultés d'adaptation, il importe de d'abord définir les termes à l'étude.

2.1 La motivation au changement

La motivation est définie comme une force intérieure qui pousse un organisme à engager un comportement en particulier (Drieschner *et al.*, 2004). Ainsi, l'étude de la motivation « [...] concerne les processus donnant au comportement son énergie et sa direction. » (Reeve, 2012, p.19) Pour être mesurée, la motivation doit être liée à un objet (Drieschner *et al.*, 2004). La présente étude porte donc sur la motivation au changement des adolescents puisqu'il est question de la motivation qu'ils manifestent à changer, c'est-à-dire à diminuer les difficultés d'adaptation qu'ils vivent.

Parmi les modèles théoriques portant sur la motivation au changement, certains en définissent la source, intrinsèque ou extrinsèque, et d'autres définissent plutôt le niveau de motivation des individus (Jochems, Mulder, Van Dam et Duivenvoorden, 2011). Ces deux façons de conceptualiser la motivation au changement ne sont pas opposées, mais plutôt complémentaires. Dans la présente étude, il est principalement question du niveau de motivation au changement des adolescents. En ce sens, deux modèles théoriques sont utilisés à titre de références : le Modèle transthéorique du changement (Prochaska, Diclemente et Norcross, 1992) et le Modèle théorique de la motivation au traitement (Simpson et Joe, 1993).

Selon le Modèle transthéorique du changement (Prochaska *et al.*, 1992), le processus de changement se fait en une série d'étapes significatives, appelées stades, qui incluent des tâches et des considérations motivationnelles spécifiques (DiClemente, 1999). Ces dernières incluent, entre autres, la reconnaissance ou non du problème par

l'individu et la présence ou non de la planification et de la mise en place de moyens concrets pour diminuer les difficultés d'adaptation. Selon ce modèle, la motivation à engager un changement de comportement augmente avec la progression à travers les différents stades : précontemplation, contemplation, préparation, action et maintien (DiClemente, 1999; Drieschner *et al.*, 2004; Groshkova, 2010; Jochems *et al.*, 2011; Mossière et Serin, 2014). Selon le Modèle théorique de la motivation au traitement (Simpson et Joe, 1993), au fur et à mesure que des changements cognitifs s'opèrent chez les individus, leur niveau de motivation à intégrer des services d'intervention psychosociale varie. Ce modèle définit la motivation au traitement à partir de trois construits mesurables indépendamment : a) la reconnaissance du problème, b) le désir d'aide, c) la préparation au traitement. Ces deux modèles partagent donc certaines similitudes. Ils considèrent, d'une part, que la reconnaissance du problème est le premier indicateur observable du niveau de motivation au changement et, d'autre part, que les individus peuvent présenter des niveaux variables de motivation¹.

Le Modèle transthéorique du changement (Prochaska *et al.*, 1992) est retenu comme cadre théorique principal dans la présente étude parce qu'il intègre autant les personnes motivées que celles qui ne le sont pas (Jochems *et al.*, 2011), qu'il est un prédicteur plus important des résultats post-intervention (DiClemente, 1999; Groshkova, 2010), qu'il porte sur l'ensemble du processus de changement, qu'il est l'un des modèles les plus utilisés dans la recherche sur la motivation (Drieschner *et al.*, 2004; Jochems *et al.*, 2011) et qu'il inclut les construits du Modèle de la motivation au traitement (Simpson et Joe, 1993).

¹ Dans la présente étude, « motivation au traitement » et « motivation au changement » seront donc considérées comme synonymes. Les construits associés à ces deux théories (reconnaissance du problème, désir d'aide, préparation au traitement) seront considérés comme des indicateurs des différents niveaux de motivation au changement.

2.2.1 Modèle transthéorique du changement (Prochaska, Diclemente et Norcross, 1992)

Selon ce modèle, le processus de changement est divisé en cinq stades (voir Figure 1). Pour chacun des stades, une équation différente prédit la progression au prochain (Jochems *et al.*, 2011). Ces stades de changement sont considérés comme autant de niveaux de motivation au changement (Derisley et Reynolds, 2000; Tierney et McCabe, 2002, dans Groshkova, 2010)².

Le premier stade est celui de la précontemplation. À ce stade, l'adolescent ne reconnaît pas sa situation comme étant problématique et ne présente aucune intention de modifier son comportement. Par le fait même, l'adolescent ne présente aucune motivation à entreprendre une démarche d'intervention. Néanmoins, plusieurs jeunes entrent tout de même dans les services à ce stade (DiGiuseppe *et al.*, 1996; Shirk et Karver, 2003; Zack *et al.*, 2007) suite à des pressions externes, par exemple pour plaire à leur entourage (parents, école, amis), ou par peur de conséquences négatives s'ils refusent de recevoir le service (suspension, renvoi, ordonnance de la cour).

À partir du moment où l'adolescent reconnaît certaines conséquences négatives associées à ses difficultés d'adaptation, il est au second stade de changement, soit la contemplation. L'adolescent vit alors un débat intérieur, opposant les gains et les pertes associés au fait de maintenir, de modifier ou d'arrêter les comportements problématiques qui émergent des difficultés d'adaptation vécues. À ce stade, au-delà des possibles pressions externes, l'adolescent débute un questionnement personnel. Comme il est ambivalent, l'adolescent en contemplation hésite toujours à entreprendre une démarche d'intervention et s'il le fait, ce sera principalement pour se questionner face à sa situation plutôt que pour travailler concrètement sur ses difficultés d'adaptation.

² Pour cette raison, dans la présente étude, les expressions « stade de changement » et « niveau de motivation au changement » seront donc considérées comme synonymes.

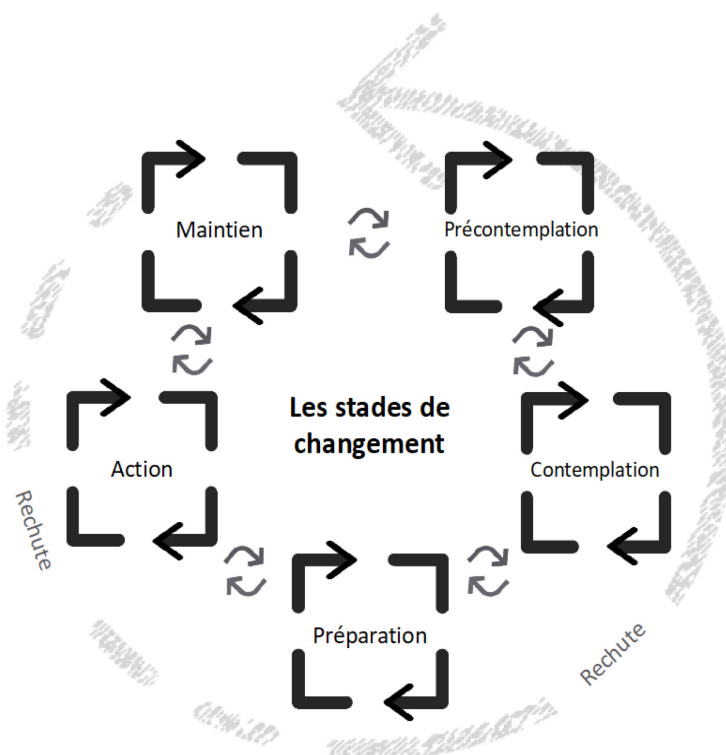


Figure 1 – Schéma adapté du Modèle transthéorique du changement (Prochaska *et al.*, 1992) par Plourde et Laventure (2018)

Le troisième stade est celui de la préparation. Il s'agit d'un stade transitoire au cours duquel le jeune prévoit entreprendre des actions concrètes. À ce stade, l'adolescent reconnaît son besoin de travailler sur ses difficultés d'adaptation et planifie le changement : Quand? Où? Comment? Une fois des actions concrètes entreprises, l'adolescent est considéré au quatrième stade de changement, celui de l'action. À ce stade, l'adolescent agit, apporte des modifications concrètes et visibles à ses comportements problématiques, à son expérience et à son environnement. Le cinquième stade, celui du maintien, est défini par la stabilisation des nouveaux comportements adaptés et le travail continu à éviter la reprise des difficultés d'adaptation antérieures. Bien que ce stade soit le dernier, il faut voir les stades de changement comme un processus non linéaire, où les retours à des stades antérieurs sont fréquents.

Le niveau de motivation au changement des individus peut varier et être influencé par le processus d'intervention (Drieschner *et al.*, 2004). Dans une démarche de changement, la majorité des personnes reviendront à un stade précédent à un moment ou à un autre de leur démarche (Prochaska *et al.*, 1992). La rechute est définie comme le retour aux difficultés d'adaptation antérieures, en tout ou en partie. Or, les individus qui rechutent ne perdent pas pour autant tous les acquis qu'ils ont faits au cours du processus de changement parcouru (*Ibid*). Au contraire, les apprentissages se cumulent au fur et à mesure que les individus répètent cette démarche. Ainsi, la répétition du processus pourra éventuellement mener à une diminution ou à une cessation complète des difficultés d'adaptation vécues.

2.2 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique entre l'adolescent et les intervenants est définie comme une relation acceptante, respectueuse et contractuelle qui vise à explorer mutuellement ou à statuer, d'un commun accord, les stratégies, les procédures et les tâches qui permettront de changer positivement le fonctionnement émotionnel, social ou comportemental de l'adolescent (DiGiuseppe *et al.*, 1996). Horvath (1991, dans Horvath *et al.*, 1993) divise les caractéristiques individuelles pouvant influencer la qualité de l'alliance thérapeutique en trois catégories : les aptitudes interpersonnelles (qualité des relations sociales et familiales, indices de stress), les dynamiques interpersonnelles (motivation, statut psychosocial, qualité des relations et attitudes) et les caractéristiques diagnostiques (symptômes en début de traitement et indices pronostiques).

Il n'existe pas de consensus quant à la façon de définir et mesurer l'alliance thérapeutique (Shirk et Karver, 2003; Zack *et al.*, 2007). Néanmoins, le Modèle théorique de l'alliance de travail (Bordin, 1979) est l'un des plus influents et utilisés (Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Zack *et al.*, 2007). Bien que sa validité auprès des adolescents soit discutée (Karver *et al.*, 2005; Zack *et al.*, 2007), ce modèle a tout de

même été utilisé dans plusieurs études portant sur cette clientèle (Ayotte *et al.*, 2015; Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Zack *et al.*, 2007). Ainsi, malgré cette limite, ce modèle théorique est retenu comme cadre théorique dans la présente étude.

2.3.1 *Modèle théorique de l'alliance de travail (Bordin, 1979)*

Selon l'auteur, l'alliance de travail³ repose sur trois construits : 1) les buts, 2) les tâches et 3) le lien.

2.3.1.1 Les buts. La qualité de l'alliance thérapeutique repose en partie sur le niveau d'accord entre l'individu et l'intervenant concernant les buts parcourus dans le cadre du service d'aide. Le niveau d'accord entre les parties dépend, d'une part, de ce que l'individu considère lui-même comme problématique et prioritaire dans sa vie et, d'autre part, de la méthode de travail de l'intervenant (approche clinique, angle d'analyse, façon de présenter sa lecture de la situation). Ainsi, ce construit détermine quels aspects de la vie de l'individu sont concernés par les interventions (Bordin, 1979).

2.3.1.2 Les tâches. Les tâches incluent l'ensemble des cognitions, comportements et stratégies qui forment le corps du processus d'intervention entre l'adolescent et l'intervenant. La qualité de l'alliance thérapeutique est fonction du fait que les deux parties perçoivent les tâches comme pertinentes et efficaces, tout en acceptant les responsabilités qui y sont liées (Bordin, 1979). Ce construit repose sur les attentes mutuelles de l'individu et de l'intervenant (*Ibid*). Il varie non seulement en fonction des besoins de l'individu mais également en fonction de l'analyse clinique que l'intervenant fait de la situation.

2.3.1.3 Le lien. Ce construit repose sur la confiance mutuelle entre l'adolescent et l'intervenant, sur leur capacité à accepter l'autre et sur le niveau de confiance qui

³ Dans la présente étude, ce que Bordin (1979) appelle « alliance de travail » est remplacé par « alliance thérapeutique » pour faciliter la compréhension du lecteur.

émerge de la relation. Le lien tend à varier en fonction des paramètres de la thérapie (durée, fréquence des rencontres), du niveau d'implication émotionnelle de l'individu, de ses enjeux personnels, de ses difficultés d'adaptation ainsi que de la posture professionnelle de l'intervenant face à celui-ci (Bordin, 1979).

Bien que le modèle théorique de Bordin (1979) en trois construits est l'un des plus influents, des auteurs sont arrivés à la conclusion que, chez les adolescents, l'alliance thérapeutique ne serait pas ainsi divisée mais s'évaluerait plutôt à l'aide d'un seul construit global (Zack *et al.*, 2007). D'autres auteurs ont, quant à eux, démontré la pertinence des construits que sont les tâches et le lien pour évaluer l'alliance thérapeutique avec des adolescents, et exclut le construit des buts (*Ibid*). Enfin, certains auteurs ont démontré l'importance d'établir des buts avec les adolescents dans le processus d'intervention (DiGiuseppe *et al.*, 1996). En regard de ces différents résultats et faute de consensus, la présente étude considère les trois construits du modèle de Bordin (1979) ainsi que le construit global.

2.3 Les difficultés d'adaptation à l'adolescence

Dans leur ouvrage, Mash et Barkley définissent les difficultés d'adaptation comme « des pauses, des régressions ou des déviations dans le développement normal des adolescents » (Garber, 1984, dans Mash et Barkley, 2014; Simeonsson et Rosenthal, 1992, dans Mash et Barkley, 2014). Elles sont conceptualisées et évaluées en comparant les comportements problématiques des jeunes en difficultés à ce qui est normalement attendu chez leurs pairs (Marsh et Barkley, 2014). Les critères suivants sont les plus souvent utilisés pour statuer sur la présence de difficultés d'adaptation et la nécessité d'une intervention : l'intensité, la fréquence, la durée, la gravité, la complexité, la persistance, la constance, le caractère atypique des comportements et l'impact sur plusieurs sphères du développement psychosocial (Gouvernement du Québec, 2013; Mash et Barkley, 2014). L'évaluation des difficultés d'adaptation doit également tenir compte des variables contextuelles qui peuvent influencer le

comportement actuel de l'adolescent, et du fait que ces variables appartiennent au jeune comme tel (prédispositions génétiques, expériences précoces) ou à son environnement (culture, statut socioéconomique, pratiques parentales) (Gouvernement du Québec, 2013; Marsh et Barkley, 2014; Renou, 2005).

La classification des difficultés d'adaptation peut se faire selon deux approches : catégorielle ou dimensionnelle (Marsh et Barkley, 2014). La classification catégorielle regroupe les difficultés d'adaptation sous forme d'ensembles organisés de comportements problématiques (ou symptômes) nommés « troubles » (Marsh et Barkley, 2014). Ces troubles sont évalués à partir de critères diagnostiques précis et prédéterminés par des consensus cliniques (Gouvernement du Québec, 2013; Marsh et Barkley, 2014). Le DSM-5 (American Psychiatric Association, APA, 2013) est un exemple d'outils qui décrivent les difficultés d'adaptation selon une approche catégorielle. La classification dimensionnelle, quant à elle, regroupe les comportements problématiques qui ont une nature semblable. Chez les mineurs, les moins de 18 ans, la documentation scientifique identifie deux dimensions indépendantes et non exclusives : les difficultés intériorisées et les difficultés extériorisées. Les difficultés intériorisées incluent les comportements problématiques dirigés vers soi tels que l'anxiété, l'inhibition sociale, la dépression et la perte d'estime de soi (Reynolds, 1992, dans Marsh et Barkley, 2014; Cloutier et Drapeau, 2008). Les difficultés extériorisées incluent, quant à elles, les comportements problématiques dirigés vers les autres tels que l'agressivité, l'hyperactivité, les conduites antisociales et l'impulsivité (*Ibid*).

Plus spécifiquement chez les adolescents, Cloutier et Drapeau (2008) identifient la consommation problématique de psychotropes⁴ comme une troisième

⁴ Une substance psychotrope est une substance qui agit sur le système nerveux central d'un individu, par la modification de son fonctionnement mental, et qui peut altérer ses perceptions, son humeur, sa conscience, son comportement et ses fonctions psychologiques (Ben Amar et Léonard, 2002). Les substances psychotropes peuvent être légales (alcool, cannabis), illégales (cocaïne, ecstasy, amphétamines) ou prescrites (opiacés, psychostimulants, anxiolytiques) (Cloutier et Drapeau, 2008).

dimension des difficultés d'adaptation. Pour plusieurs auteurs, elle est définie par la dépendance à une ou plusieurs substances et/ou par l'abus de celles-ci. La dépendance se manifeste par l'impossibilité de résister au besoin de consommer, l'accroissement de la tension interne ou de l'anxiété avant de consommer, par le soulagement ressenti lors de la consommation et par le sentiment de perte de contrôle par rapport à celle-ci (Ben Amar, 2014; Le Moigne, 2008). Pour sa part l'abus est défini comme l'utilisation inadéquate d'une substance, que ce soit par sa quantité, sa fréquence ou la durée de sa consommation, entraînant ainsi un fonctionnement perturbé ou une souffrance significative chez le consommateur (Mishara et Legault, 2000). À l'adolescence la consommation est dite problématique si elle devient régulière, par exemple hebdomadaire (Zapert, Snow et Kraemer Tebes, 2002), que les raisons de consommer sont liées à la gestion des émotions ou du stress (Wong, Silva, Kecojevic, Schrager, Bloom, Iverson *et al.*, 2013) ou que des conséquences négatives en résultent (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, CCLT, 2013). Pour Cloutier et Drapeau (2008), la consommation problématique de psychotropes forme une dimension des difficultés d'adaptation à part entière puisqu'elle peut se présenter seule ou accompagnée de difficultés intériorisées et extériorisées.

Dans le cadre de la présente étude, la classification dimensionnelle telle que définie par Cloutier et Drapeau (2008) a été retenue : difficultés intériorisées, difficultés extériorisées et consommation problématique de psychotropes.

3. QUESTION DE RECENSION

En somme, selon le modèle théorique présenté (Prochaska *et al.*, 1992), le niveau de motivation au changement des adolescents s'évalue à partir des construits suivants : la reconnaissance du problème par le jeune, son désir d'aide, son niveau de préparation à recevoir des services d'aide, la mise en place d'actions concrètes par ce dernier et le maintien de ces actions. L'alliance thérapeutique entre l'adolescent et l'intervenant (Bordin, 1979), quant à elle, s'évalue à partir des construits suivants : les

buts, les tâches, le lien. En ce qui a trait aux difficultés d'adaptation vécues à l'adolescence, elles se définissent en trois dimensions indépendantes et non exclusives : les difficultés intériorisées, les difficultés extériorisées et la consommation problématique de psychotropes (Cloutier et Drapeau, 2008).

Si des liens empiriques ont été démontrés entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique chez les adultes (Connors *et al.*, 2000; Derisley et Reynolds, 2000; Principe *et al.*, 2006), des différences importantes entre les adolescents et les adultes doivent être considérées. D'abord, les adolescents sont le plus souvent référés dans les services par des tiers (parents, enseignants, tuteurs) et les intègrent fréquemment au stade de précontemplation (reconnaissent peu leurs difficultés, résistent au changement) (DiGiuseppe *et al.*, 1996; Zack *et al.*, 2007). En plus, les buts et les tâches des services sont souvent définis à l'avance par les adultes (intervenants, parents) (DiGiuseppe *et al.*, 1996; Zack *et al.*, 2007). Ceci peut constituer un obstacle majeur à la création de l'alliance thérapeutique. En effet, les buts et les tâches perçus comme adéquats par les adolescents peuvent être fort différents de ceux prévus par les adultes. Il est aussi à considérer que l'adolescence est une période de recherche d'indépendance et d'autodétermination (Cloutier et Drapeau, 2008). L'établissement préalable des tâches et des buts par les adultes peut donc entraîner chez eux davantage de résistance et créer une baisse, voire une absence de motivation au changement (DiGiuseppe *et al.*, 1996). Au-delà des tâches et des buts, le lien entre les adolescents et les intervenants mérite aussi une attention particulière en ce sens qu'il influencerait indirectement les deux autres construits de l'alliance thérapeutique (*Ibid*).

Concernant les difficultés d'adaptation, l'alliance thérapeutique serait, selon certains, plus difficile à créer avec les jeunes qui vivent des difficultés extériorisées puisque des comportements d'opposition et de résistance, ainsi que des rapports interpersonnels hostiles sont plus fréquents chez ces jeunes (Shirk et Karver, 2003). Les adolescents qui vivent des difficultés intériorisées, quant à eux, auraient tendance à créer plus facilement une alliance thérapeutique avec leur intervenant, notamment

parce qu'ils ont moins de problèmes avec les figures d'autorité (DiGiuseppe *et al.*, 1996) et parce qu'ils laisseraient plus facilement les adultes déterminer pour eux les buts et tâches des services d'aide (Shirk et Karver, 2003).

Ces différents constats amènent à la question suivante : chez les adolescents qui présentent des difficultés d'adaptation, comment le niveau de motivation au changement est-il lié à la qualité de l'alliance thérapeutique développée avec leur intervenant en cours de service ? La recension qui suit a porté sur cette question.

DEUXIÈME CHAPITRE RECENSION DES ÉCRITS

Le second chapitre décrit d'abord la méthodologie ayant permis d'effectuer la recension des écrits scientifiques relative à cette étude. Puis les études retenues sont comparées en faisant ressortir leurs caractéristiques importantes, les résultats liés à la question de recension sont présentés, et une synthèse est effectuée. Finalement, les limites des études recensées ainsi que les objectifs de la présente étude sont identifiés.

1. MÉTHODE DE RECENSION

Pour répondre à la question de recension, différentes banques de données informatisées ont été consultées afin d'y repérer les articles pertinents. Les banques de données interrogées étaient Psychinfo, Medline, Francis, Pascal, Eric, SocINDEX. Divers mots-clés ont été utilisés pour les trois termes à l'étude. Pour le niveau de motivation au changement, ils sont : Change Strategie* OR "Stages of Change" OR "Readiness to Change" OR Motivation* OR "Intrinsic Motivation" OR "Extrinsic Motivation" OR "Transtheoretical model of change" OR "Treatment Readiness" OR Readiness OR Change OR "Motivation to change" OR "motivation au changement" OR "préparation au changement" OR "motivation intrinsèque" OR "motivation extrinsèque" OR motivation* OR "stade de changement" OR "processus de changement". Pour la qualité de l'alliance thérapeutique, ils sont : "Therapeutic Alliance" OR Therapeutic relationship* OR "Relationship Quality" OR Alliance OR "Working Alliance" OR "Therapeutic Involvement" OR "alliance thérapeutique" OR "alliance de travail" OR "relation thérapeutique" OR "qualité de la relation" OR "relation d'aide" OR alliance*. Enfin, les mots-clés suivants ont été utilisés pour retenir, dans les banques interrogées, uniquement les documents qui abordent les individus qui reçoivent des services d'aide psychosociale : treatment* OR traitement*.

Plusieurs des articles issus de cette première recherche portaient sur une clientèle adulte (18 ans et plus). Or, les adolescents diffèrent des adultes au niveau de leurs besoins développementaux (Brannigan, Schackman, Falco et Millman, 2004; Zack *et al.*, 2007), des difficultés d'adaptation vécues (Cloutier et Drapeau, 2008) et dans leur façon d'aborder et d'utiliser les services d'aide (DiGiuseppe *et al.*, 1996; Shirk et Karver, 2003). Afin de concentrer les recherches uniquement sur une population adolescente âgée entre 13 et 17 ans, les conditions suivantes ont été utilisées pour l'ensemble des banques de données : « adolescence (13-17 yrs) » et « adolescent: 13-18 years ». Au total, 380 documents sont ressortis des 6 banques de données.

Pour être inclus, les documents devaient rapporter les résultats d'études primaires, portant au moins en partie sur une population adolescente qui reçoit des services d'aide psychosociale pour des difficultés d'adaptation (difficultés intériorisées, extériorisées, consommation problématique de psychotropes). Dans les études, le niveau de motivation au changement (ou un construit associé) devait être traité comme variable indépendante et la qualité de l'alliance thérapeutique (ou un construit associé) comme variable dépendante. De plus, les liens existant entre ces deux variables devaient être analysés, au moins en partie. Les documents présentant les caractéristiques suivantes ont été exclus : les échantillons composés exclusivement de sujets présentant un trouble alimentaire, l'absence d'analyses permettant de distinguer les adolescents des adultes, les études portant sur l'entrevue motivationnelle sans que le lien entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique soit analysé.

À la lumière de ces critères d'inclusion et d'exclusion, des 380 documents trouvés, quatre études ont été retenues pour une analyse plus approfondie, dont trois articles (Ayotte, Lanctôt, et Tourigny, 2015; Garner, Godley et Funk, 2008; Joe, Knight, Becan et Flynn, 2014) et une thèse (Darchuck, 2007). En raison du petit nombre d'articles retenus, une recherche « boule de neige » a été effectuée en utilisant les références bibliographiques. Deux articles (Broome, Joe et Simpson, 2001; Fitzpatrick

et Irannejad, 2008) et une thèse (Grote, 2011) en ont été retenus. Au total, la présente recension des écrits est donc constituée de sept études.

2. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES

Le Tableau 1 présente une synthèse des caractéristiques des sept études retenues dans la recension. L'étude de Fitzpatrick et Irannejad (2008) est la seule à devis transversal; les six autres sont à devis longitudinal. Parmi ces dernières, trois ont deux temps de mesure (Ayotte *et al.*, 2015; Broome *et al.*, 2001; Garner *et al.*, 2008), une étude en a trois (Joe *et al.*, 2014), une a quatre temps de mesure (Grote, 2011) et une en a cinq (Darchuck, 2007).

Tous les échantillons proviennent tous de sources cliniques et le nombre de sujets varie de 20 à 1287. La proportion de garçons se situe entre 0% et 85%. Dans la majorité des études, la proportion de garçons est plus élevée que la proportion de filles (Broome *et al.*, 2001; Darchuck, 2007; Garner *et al.*, 2008; Grote, 2011; Joe *et al.*, 2014). Toutes les études recensées portent sur des échantillons d'adolescents qui présentent des difficultés d'adaptation de nature et sévérité diverses (difficultés intériorisées, extériorisées, consommation problématique de psychotropes). Quatre de ces études portent sur des jeunes recevant des services spécifiquement pour la consommation problématique de psychotropes (Broome *et al.*, 2001; Darchuck, 2007; Garner *et al.*, 2008; Joe *et al.*, 2014) et les trois autres études portent sur des jeunes recevant des services pour différentes natures et sévérités de difficultés d'adaptation (Ayotte *et al.*, 2015; Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Grote, 2011).

Dans trois études, le niveau de motivation au changement est défini et mesuré selon le Modèle transthéorique du changement (Prochaska *et al.*, 1992) (Darchuck, 2007; Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Grote 2011). Dans ces études, l'outil utilisé est le University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA, McConaughy, Prochaska et Velicer, 1983). Darchuck (2007) et Grote (2011) utilisent

une seule mesure continue du niveau de motivation au changement, alors que Fitzpatrick et Irannejad (2008) utilisent quatre mesures continues correspondant à quatre stades de changement (précontemplation, contemplation, action, maintien). Dans quatre études, le niveau de motivation au changement est défini et mesuré selon le Modèle théorique de la motivation au traitement (Simpson et Joe, 1993) (Broome *et al.*, 2001; Darchuck, 2007; Garner *et al.*, 2008; Joe *et al.*, 2014). Pour ce faire, différents outils sont utilisés. Joe *et al.* (2014) utilisent une mesure continue construite à partir de deux des trois construits du modèle théorique (désir d'aide, préparation au traitement). Ces mesures proviennent de l'entrevue d'entrée de la « Drug Abuse Treatment Outcome Studies for Adolescents » (DATOS-A, Kristiansen et Hubbard, 2001). Broome *et al.* (2001) ne retiennent que la mesure continue du construit « préparation au traitement » issue du même instrument. Garner *et al.* (2008) utilisent six mesures continues provenant du Global Appraisal of Individual Needs (GAIN, Dennis, Chan et Funk, 2006) : 1) la motivation au traitement, 2) la résistance au traitement, 3) la pression au traitement, 4) l'orientation vers le problème, 5) les raisons de cesser la consommation, et 6) la judiciarisation. Darchuck (2007), quant à lui, mesure les trois construits de Simpson et Joe (1993) de façon continue à l'aide du Treatment Motivation Scale (TMS, Simpson, 1992). Il est le seul à définir et mesurer le niveau de motivation au changement des adolescents à partir de deux modèles théoriques différents. Enfin, Ayotte *et al.* (2015) mesurent le niveau de motivation au changement à partir de quatre mesures continues issues du Readiness Ruler (Miller et Rollnick, 1991). Cet outil évalue le niveau de motivation au changement, mais n'est pas basé sur un modèle théorique spécifique. Force est de constater que dans les études recensées, le niveau de motivation au changement est opérationnalisé de diverses façons. Néanmoins, dans les sept études, les outils sont auto-rapportés par les adolescents et les mesures du niveau de motivation au changement sont des mesures continues.

Tableau 1

Synthèse des caractéristiques des études recensées

Année / auteurs	Devis	Nb temps de mesure	Nb participants (% hommes)	Moyenne ou étendue d'âge	Difficultés d'adaptation ciblées par les services			Mesures du niveau de motivation au changement				Mesures de la qualité de l'alliance thérapeutique			Covariables
					Intériorisées	Extériorisées	Conso. prob. psychotropes	Modèle Prochaska <i>et al.</i>	Modèle Simpson et Joe	Autre	Répondant	Modèle de Bordin	Autre	Répondant	
Ayotte <i>et al.</i> (2015)	L.	2	175 (0%)	12-18	X	X	X			Cont. (4)	S.	G.		S./I.	Caractéristiques sociodémographiques, nature et sévérité des difficultés d'adaptation
Broome <i>et al.</i> (2001)	L.	2	1106 (85%)	15			X		Cont. (1)		S.		G.	S.	Nature et sévérité des difficultés d'adaptation, judiciarisation
Darchuck (2007)	L.	5	81 (64,2%)	16,3			X	Cont. (1)	Cont. (3)		S.	G.		S./I.	Caractéristiques sociodémographiques
Fitzpatrick et Irannejad (2008)	T.	1	43 (42%)	15,8	X	X		Cont. (4)			S.	G./C.		S.	Caractéristiques sociodémographiques
Garner <i>et al.</i> (2008)	L.	2	295 (78,3%)	15,5			X		Cont. (3)	Cont. (3)	S.	G.		S./I.	Caractéristiques sociodémographiques, nature et sévérité des difficultés d'adaptation, caractéristiques de la consommation, judiciarisation
Grote (2011)	L.	4	20 (65%)	14,5	X	X		Cont. (1)			S.	G./C.		S.	Caractéristiques sociodémographiques
Joe <i>et al.</i> (2014)	L.	3	1287 (71%)	15,8			X		Cont. (1)		S.		G.	S.	Caractéristiques sociodémographiques, nature et sévérité des difficultés d'adaptation, caractéristiques de la consommation, judiciarisation

Légende : L. = Longitudinale; T. = Transversale; Cont. = Variable continue; S. = Sujet; I = Intervenant; S./T. = Sujet et intervenant;

G. = Échelle globale de l'alliance thérapeutique; G./C. = Échelle globale et échelles des construits de l'alliance thérapeutique.

Note : Pour les mesures du niveau de motivation au changement, les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre d'échelles continues utilisées.

En ce qui concerne la qualité de l'alliance thérapeutique, elle est évaluée selon le Modèle théorique de l'alliance de travail (Bordin, 1979) dans cinq études (Ayotte *et al.*, 2015; Darchuck, 2007; Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Garner *et al.*, 2008; Grote, 2011). Pour ce faire, les études ont utilisé différentes versions du Working Alliance Inventory (WAI, Horvath et Greenberg, 1989). Ce questionnaire évalue chacun des trois sous-construits à partir de sous-échelles constituées d'items à échelle de Likert auxquels l'adolescent doit rapporter son niveau d'accord. La sous-échelle des buts évalue l'accord entre l'adolescent et l'intervenant concernant les buts de l'intervention par des items du type : « Mon intervenant et moi travaillons vers des buts sur lesquels nous nous sommes entendus » (Traduction libre). La sous-échelle des tâches évalue l'accord entre l'adolescent et l'intervenant concernant les tâches de l'intervention par des items du type : « Mon intervenant et moi nous entendons sur les étapes à franchir pour améliorer ma situation » (Traduction libre). La sous-échelle du lien évalue la qualité du lien entre l'adolescent et l'intervenant par des items du type : « Mon intervenant et moi nous faisons mutuellement confiance » (Traduction libre). Le score à l'échelle globale de l'alliance thérapeutique selon Bordin (1979) est obtenu en faisant la somme des scores aux trois sous-échelles (buts, tâches, lien). L'échelle globale est utilisée dans cinq études, mais les sous-échelles sont traitées séparément dans seulement deux études (Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Grote, 2011). Dans les deux autres études, les auteurs ne réfèrent pas à un modèle théorique spécifique pour évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique globale (Broome *et al.*, 2001; Joe *et al.*, 2014). Broome *et al.* (2001) utilisent une mesure continue issue de trois échelles : a) la confiance du sujet envers le service d'aide, b) l'engagement du sujet dans le service, c) le rapport entre le sujet et l'intervenant. Joe *et al.* (2014) quant à eux utilisent une mesure continue issue de quatre échelles : a) la compréhension de l'intervenant envers le sujet, b) le lien émotionnel entre le sujet et l'intervenant, c) le niveau avec lequel le service aide le sujet à réduire ou à cesser l'usage de psychotropes, d) le niveau avec lequel le service aide le sujet avec ses autres problèmes. Dans toutes les études recensées, la qualité de l'alliance thérapeutique est évaluée au moins à partir d'un questionnaire auto-rapporté par les adolescents. En plus, un questionnaire répondu par

les intervenants est inclus dans trois études (Ayotte *et al.*, 2015; Darchuck, 2007; Garner *et al.*, 2008). Toutes les mesures utilisées pour mesurer la qualité de l'alliance thérapeutique sont des mesures continues.

En ce qui concerne les méthodes d'analyse mettant en relation le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique, dans toutes les études le niveau de motivation au changement est entré comme une variable indépendante par rapport à l'alliance thérapeutique qui est la variable dépendante. Des corrélations sont utilisées dans deux études (Darchuck, 2007; Grote, 2011). Pour deux études, des régressions multiples sont utilisées (Darchuck, 2007; Fitzpatrick et Irannejad, 2008). Des matrices de covariance sont utilisées dans deux autres études (Broome *et al.*, 2001 ; Joe *et al.*, 2014). Garner *et al.* (2008) ont produit des analyses de modélisation multiniveaux. Enfin, Ayotte *et al.* (2015) ont produit des analyses de classes latentes pour identifier des profils pré-traitement, incluant le niveau de motivation au changement, et ont ensuite utilisé des régressions logistiques multinominales pour déterminer si les profils (VI) prédisent une plus forte ou une plus faible alliance thérapeutique (VD).

Concernant les covariables, l'impact des caractéristiques sociodémographiques sur les variables à l'étude est évalué dans six études (Ayotte *et al.*, 2015; Darchuck, 2007; Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Garner *et al.*, 2008; Grote, 2011; Joe *et al.*, 2014). Plusieurs covariables liées aux difficultés d'adaptation vécues par les adolescents sont aussi incluses, soit la nature et la sévérité des difficultés d'adaptation vécues par les jeunes (intériorisées, extériorisées, consommation problématique de psychotropes) (Ayotte *et al.*, 2015; Broome *et al.*, 2001; Garner *et al.*, 2008; Joe *et al.*, 2014), la judiciarisation (Broome *et al.*, 2001; Garner *et al.*, 2008; Joe *et al.*, 2014) et les caractéristiques de la consommation (nombre de tentatives d'arrêt, substances consommées, fréquence de consommation) (Garner *et al.*, 2008; Joe *et al.*, 2014).

3. RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES

Dans six études sur sept, une variation d'une ou plusieurs mesures du niveau de motivation au changement est associée à une variation de la qualité de l'alliance thérapeutique en cours de service (Ayotte *et al.*, 2015; Broome *et al.*, 2001; Darchuck, 2007; Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Garner *et al.*, 2008; Joe *et al.*, 2014). Toutefois, les mesures et construits significativement liés ainsi que le sens des relations observées diffèrent d'une étude à l'autre. Seule Grote (2011) ne relève pas de lien significatif entre les variables à l'étude.

Les résultats obtenus dans les études peuvent être nuancés selon trois angles: 1) les répondants des variables à l'étude, 2) les modèles théoriques utilisés pour opérationnaliser les variables et 3) les covariables incluses dans les analyses. Dans les prochaines sous-sections, les résultats des études recensées seront présentés selon ces trois angles.

3.1 La relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique selon les répondants des variables à l'étude

La majorité des auteurs concluent en l'existence d'une relation positive significative entre le niveau de motivation au changement (ou un construit associé) et la qualité de l'alliance thérapeutique lorsque les deux variables sont rapportées par les jeunes. Plus précisément, les adolescents qui présentent une faible motivation au changement rapporteraient une plus faible alliance thérapeutique (Ayotte *et al.*, 2015; Broome *et al.*, 2001; Darchuck, 2007; Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Garner *et al.*, 2008; Joe *et al.*, 2014). Toutefois, lorsque le niveau de motivation au changement est rapporté par le jeune, mais que la qualité de l'alliance thérapeutique est rapportée par les intervenants, aucune relation significative n'est observée entre les deux variables (Ayotte *et al.*, 2015; Darchuck, 2007; Garner *et al.*, 2008). Il semble donc que le répondant à l'alliance thérapeutique influence les résultats obtenus.

3.2 La relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique selon les modèles théoriques utilisés pour définir et mesurer les variables

La prochaine section présente dans un premier temps les résultats mettant en relation le niveau de motivation au changement telle qu'opérationnalisée à partir du Modèle transthéorique du changement (Prochaska *et al.*, 1992) et la qualité de l'alliance thérapeutique telle qu'opérationnalisée à partir du Modèle théorique de l'alliance de travail (Bordin, 1979). Par la suite, les résultats mettant en relation les variables à l'étude lorsque l'une ou l'autre est opérationnalisée à partir d'un modèle autre que ceux retenus sont présentés. L'étude de Darchuck (2007) se retrouve dans les deux sous-sections puisque dans cette étude, deux modèles différents sont utilisés pour opérationnaliser le niveau de motivation au changement.

3.3.1 La relation entre le niveau de motivation au changement opérationnalisé à partir du Modèle transthéorique du changement (Prochaska et al., 1992) et la qualité de l'alliance thérapeutique opérationnalisée à partir du Modèle théorique de l'alliance de travail (Bordin, 1979)

Si Darchuck (2007) et Grote (2011) n'ont relevé aucune relation significative entre le niveau de motivation au changement tel que défini par le modèle de Prochaska *et al.* (1992) et la qualité de l'alliance thérapeutique selon Bordin (1979), Fitzpatrick et Irannejad (2008) concluent le contraire chez les adolescents présentant des difficultés d'adaptation. Plus précisément, selon Fitzpatrick et Irannejad (2008), les adolescents qui rapportent de plus hauts scores à l'échelle du stade de l'action (ceux qui posent des gestes concrets pour travailler sur leurs difficultés d'adaptation) percevraient une meilleure alliance thérapeutique globale que les jeunes aux autres stades. Concernant les construits du modèle de Bordin (1979), ces jeunes rapporteraient un meilleur accord entre eux et leur intervenant concernant les buts et les tâches liés à l'intervention. À l'inverse, les jeunes qui rapportent de plus hauts scores à l'échelle du stade de précontemplation (ceux qui ne présentent aucun désir de travailler sur leurs difficultés d'adaptation) ou à l'échelle du stade du maintien (ceux qui travaillent à maintenir et

consolider les acquis effectués) percevraient une plus faible alliance thérapeutique globale. Les jeunes qui rapportent de plus hauts scores à l'échelle du stade du maintien rapporteraient aussi un plus faible lien avec leur intervenant. Selon ces résultats, la relation entre la motivation au changement et l'alliance thérapeutique ne serait pas linéaire. La qualité de l'alliance thérapeutique augmenterait du stade précontemplation au stade de l'action, puis diminuerait ensuite au stade du maintien. De plus, non seulement l'alliance thérapeutique globale varierait en fonction du stade de changement, mais les scores aux échelles des construits de l'alliance thérapeutique varieraient eux aussi. Les différences dans l'opérationnalisation des variables et dans les analyses effectuées peuvent expliquer les différences entre les résultats obtenus dans les études.

3.3.2 La relation entre les variables à l'étude lorsque l'une ou l'autre est opérationnalisée à partir d'un modèle autre que ceux retenus dans la présente étude

Les cinq études qui ont utilisé d'autres modèles théoriques que ceux retenus dans la présente étude pour définir le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique concluent qu'il existe une relation significative entre au moins une mesure du niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique globale (Ayotte *et al.*, 2015; Broome *et al.*, 2001; Darchuck, 2007; Garner *et al.*, 2008; Joe *et al.*, 2014). Les résultats ne sont pas pour autant homogènes.

Plus précisément, dans les études qui ont utilisé le Modèle de la motivation au traitement (Simpson et Joe, 1993), l'impact des différents construits (reconnaissance du problème, désir d'aide, préparation au traitement) sur la qualité de l'alliance thérapeutique varie d'une étude à l'autre. En effet, la relation entre la reconnaissance du problème et la qualité de l'alliance thérapeutique ne fait pas consensus. Pour Darchuck (2007), un plus haut niveau de reconnaissance du problème serait associé à une moins bonne alliance thérapeutique. Inversement, Garner *et al.* (2008) concluent que les adolescents qui ont une plus forte reconnaissance du problème rapporteraient

une meilleure alliance thérapeutique. Joe *et al.* (2014) quant à eux ont exclu cette mesure des analyses. Pour ces auteurs, le niveau de motivation au changement tel que mesuré à partir de deux construits seulement (désir d'aide, préparation au traitement) prédirait significativement une meilleure alliance thérapeutique (Joe *et al.*, 2014). Darchuck (2007), quant à lui, n'observe pas de lien significatif entre le désir d'aide et la qualité de l'alliance thérapeutique. Ainsi, dans les études ayant inclus des mesures basées sur le modèle de Simpson et Joe (1993), la seule tendance observée est que la préparation au traitement est positivement associée à une meilleure alliance thérapeutique (Broome *et al.*, 2001; Darchuck, 2007; Joe *et al.*, 2014). Des différences entre les mesures utilisées pour évaluer les construits du modèle théorique de Simpson et Joe (1993), ainsi qu'entre les mesures utilisées pour évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique pourraient expliquer les différences observées dans les résultats de ces études.

Selon Ayotte *et al.* (2015), dans l'ensemble de l'échantillon étudié, les adolescentes qui présentent la plus faible motivation au changement perçoivent une moins bonne alliance thérapeutique en cours de service, tout comme les adolescentes qui présentent la plus forte motivation au changement. En d'autres mots, les niveaux extrêmes de motivation au changement (bas ou haut) seraient tous deux associés à une plus faible alliance thérapeutique qu'un niveau médian de motivation au changement. Selon les chercheurs, la combinaison d'autres caractéristiques présentes chez les adolescentes expliquerait ces résultats. En effet, dans leur étude, Ayotte *et al.* (2015) ont créé des profils pré-traitement qui ont ensuite été mis en relation avec la qualité de l'alliance thérapeutique. Ces profils incluaient plusieurs caractéristiques dont le niveau de motivation au changement, mais aussi la nature et la sévérité des difficultés d'adaptation vécues par les adolescentes.

3.4 Impact des variables sociodémographiques et des difficultés d'adaptation sur les variables à l'étude

La prochaine section porte sur les variables sociodémographiques et les difficultés d'adaptation vécues par les adolescents qui peuvent influencer le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique. Puisque l'impact des covariables spécifiquement sur la relation entre les deux variables à l'étude n'est aucunement décrit dans les études recensées, les covariables ici abordées sont plutôt celles associées d'abord au niveau de motivation au changement, puis celles associées à la qualité de l'alliance thérapeutique.

3.4.1 Les covariables associées au niveau de motivation au changement

Selon Darchuck (2007), les filles présenteraient significativement une plus grande motivation au changement que les garçons et l'âge ne serait pas lié au niveau de motivation au changement. De son côté, Grote (2011) inclut seulement le genre dans ses analyses et n'identifie aucune relation significative avec le niveau de motivation au changement.

Concernant la nature et la sévérité des difficultés d'adaptation sur le niveau de motivation au changement, les adolescentes qui rapportent un plus haut niveau de motivation au changement seraient celles qui présentent le moins de difficultés d'adaptation en général (Ayotte *et al.*, 2015). De plus, les adolescents judiciairisés (Broome *et al.*, 2001; Joe *et al.*, 2014), les adolescentes qui vivent plus de difficultés extériorisées et celles qui ont une consommation problématique de psychotropes (Ayotte *et al.*, 2015) rapporteraient un plus bas niveau de motivation au changement. Toutefois, dans l'étude de Broome *et al.* (2001), les difficultés extériorisées ne seraient pas significativement liées au niveau de motivation au changement. Des différences entre les échantillons à l'étude pourraient expliquer les différences observées dans les résultats.

3.4.2 Les covariables associées à la qualité de l'alliance thérapeutique

Seul Darchuck (2007) a rapporté une plus forte alliance thérapeutique chez les filles que chez les garçons; aucun lien significatif n'est ressorti dans les autres études qui ont inclus le genre comme covariable (Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Garner *et al.*, 2008; Grote, 2011). En ce qui a trait à l'âge des sujets, les résultats d'Ayotte *et al.* (2015) et ceux de Garner *et al.* (2008) vont dans le même sens : les adolescents les plus âgés développeraient une meilleure alliance thérapeutique. Darchuck (2007) n'a pas trouvé de relation significative entre l'âge des adolescents et la qualité de l'alliance thérapeutique. Enfin, Garner *et al.* (2008) sont les seuls à analyser la relation entre l'ethnie et la qualité de l'alliance thérapeutique. Aucune différence significative n'est obtenue entre les caucasiens et les non-caucasiens au niveau de la qualité de l'alliance thérapeutique.

Concernant l'impact de la nature et la sévérité des difficultés d'adaptation sur la qualité de l'alliance thérapeutique, selon Ayotte *et al.* (2015), les adolescentes qui développent une plus forte alliance thérapeutique seraient celles qui présentent le plus de difficultés intériorisées et celles qui en développent une plus faible seraient celles présentant plus de difficultés extériorisées. De leur côté, Joe *et al.* (2014) concluent que les jeunes dont le profil répond aux critères diagnostiques pour des troubles intériorisés ou extériorisés (TDAH, trouble des conduites, dépression, trouble d'anxiété généralisée et trouble panique) développeraient aussi une meilleure alliance thérapeutique. Toutefois, il s'agit ici d'une variable dichotomique (présence d'un trouble ou non). De cette façon, la relation entre la nature des difficultés (intériorisées ou extériorisées) et la qualité de l'alliance thérapeutique ne peut pas être nuancée. Enfin, Garner *et al.* (2008) ne corroborent pas les résultats des autres études. Selon eux, les difficultés d'adaptation (difficultés extériorisées, intériorisées, consommation problématique de psychotropes) ne prédiraient pas la qualité de l'alliance thérapeutique de façon significative.

4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES

En somme, les résultats des études recensées soutiennent majoritairement l'existence d'une relation positive entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique en cours de service chez les adolescents en difficultés d'adaptation (Ayotte *et al.*, 2015; Broome *et al.*, 2001; Darchuck, 2007; Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Garner *et al.*, 2008; Joe *et al.*, 2014). Toutefois, cette relation varie selon trois facteurs : les répondants des variables à l'étude, la façon d'opérationnaliser les variables à l'étude et les covariables incluses dans les analyses.

D'abord, dans les études où la qualité de l'alliance thérapeutique est évaluée selon l'adolescent et l'intervenant, les variables sont associées uniquement lorsque la qualité de l'alliance thérapeutique est rapportée par l'adolescent (Ayotte *et al.*, 2015; Darchuck, 2007; Garner *et al.*, 2008). Ces résultats indiquent l'importance de tenir compte du répondant (jeune vs intervenant) dans l'évaluation de l'alliance thérapeutique.

Deuxièmement, les résultats des études recensées varient beaucoup selon les modèles théoriques utilisés pour opérationnaliser les variables. Ceci étant dit, de façon générale, un bas niveau de motivation au changement est associé à une plus faible alliance thérapeutique (Ayotte *et al.*, 2015; Broome *et al.*, 2001; Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Joe *et al.*, 2014) et inversement, une forte motivation au changement est associée à une forte alliance thérapeutique (Broome *et al.*, 2001; Darchuck, 2007; Joe *et al.*, 2014). Toutefois, quatre précisions doivent être apportées. En premier lieu, des trois études qui utilisent le Modèle transthéorique du changement (Prochaska *et al.*, 1992) et le Modèle théorique de l'alliance de travail (Bordin, 1979), une seule identifie des relations significatives entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique (Fitzpatrick et Irannejad, 2008). En second lieu, les résultats de deux études portent à croire que ce serait les adolescents qui ne présentent ni un très faible ni un très fort niveau de motivation au changement qui développeraient la

meilleure alliance thérapeutique en cours de service; ce serait ceux qui se situent entre les deux extrêmes (Ayotte *et al.*, 2015; Fitzpatrick et Irannejad, 2008). En troisième lieu, lorsque le Modèle de la motivation au traitement (Simpson et Joe, 1993) est utilisé pour opérationnaliser le niveau de motivation au changement, les résultats obtenus sont plutôt hétérogènes. Néanmoins, les auteurs semblent s'entendre sur le fait que les jeunes qui présentent une plus forte préparation au traitement soit le troisième construit du modèle de Simpson et Joe (1993), développent une plus forte alliance thérapeutique (Broome *et al.*, 2001; Darchuck, 2007; Joe *et al.*, 2014). Quatrièmement, concernant les construits de l'alliance thérapeutique selon Bordin (1979), Fitzpatrick et Irannejad (2008) concluent que plus le niveau de motivation au changement des adolescents correspond au stade de l'action, plus ils rapporteraient un meilleur accord entre eux et l'intervenant sur les buts et les tâches, alors que ceux qui correspondent davantage au stade du maintien rapporteraient un plus faible lien. Ainsi, les différents stades de changement auraient un impact variable d'un construit du modèle de Bordin (1979) à l'autre. Bien qu'ils soient seuls à avoir obtenu ces résultats, Fitzpatrick et Irannejad (2008) soutiennent l'idée qu'en fonction du stade de changement, les construits de l'alliance thérapeutique n'ont pas la même « importance » aux yeux de l'adolescent et ne demandent pas la même attention de la part des intervenants. En somme, certains auteurs concluent en une relation linéaire entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique, alors que d'autres non. Ces différences sont sans doute attribuables à l'opérationnalisation des variables, soit aux modèles théoriques choisis, mais aussi au nombre et au type de mesures retenues. En ce sens, dans les futures études, les chercheurs devraient considérer à la fois les concepts de manière globale, mais aussi les construits de ces modèles théoriques.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques liées aux variables à l'étude, le fait d'être une fille serait, selon une étude, associé à un plus haut niveau de motivation au changement et à un plus haut niveau d'alliance thérapeutique (Darchuck, 2007) et le fait d'être plus âgé serait associé uniquement à une plus forte alliance thérapeutique (Ayotte *et al.*, 2015; Garner *et al.*, 2008). Ces relations ne font

visiblement pas l'unanimité dans les études recensées. En ce qui concerne les difficultés d'adaptation vécues par les adolescents, le fait d'en vivre moins de façon générale serait associé à un plus haut niveau de motivation au changement (Ayotte *et al.*, 2015). Au contraire, la judiciarisation (Broome *et al.*, 2001; Joe *et al.*, 2014), ainsi que les difficultés extériorisées et la consommation problématique de psychotropes chez les filles (Ayotte *et al.*, 2015) seraient associées à un plus bas niveau de motivation au changement. La présence de difficultés intériorisées chez les filles (Ayotte *et al.*, 2015) et la présence de difficultés d'adaptation de niveau clinique (trouble intériorisé ou extériorisé non différencié) (Joe *et al.*, 2014) seraient quant à elles associées à une plus forte alliance thérapeutique. Chez les filles, la présence de difficultés extériorisées plus sévères serait associée à une alliance thérapeutique plus faible (Ayotte *et al.*, 2015). Si les difficultés d'adaptation semblent influencer le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique, ces résultats ne font pas consensus dans les études recensées (Garner *et al.*, 2008).

5. LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES

La prochaine section décrit d'abord les différentes limites soulevées dans les études recensées. Celles-ci ont été regroupées par thèmes : les limites liées à la désirabilité sociale, les limites liées à la validité écologique, les limites liées aux caractéristiques méthodologiques des études. Finalement, en analysant et en comparant les études recensées, des limites qui concernent le champ d'études en général ont pu être constatées.

5.1 Limites liées à la désirabilité sociale

Plusieurs auteurs nomment la désirabilité sociale comme une limite (Ayotte *et al.*, 2015; Darchuck, 2007; Garner *et al.*, 2008; Grote, 2011). En effet, les outils utilisés pour mesurer les variables à l'étude sont complétés soit par les intervenants ou par les adolescents. Pour différentes raisons (bien paraître, éviter des représailles), les

répondants peuvent favoriser un meilleur résultat en remplissant les questionnaires. Certaines caractéristiques de l'environnement, telles que le haut niveau de contrôle et de surveillance, peuvent aussi amener les jeunes à répondre plus favorablement (Ayotte *et al.*, 2015).

5.2 Limites liées à la validité écologique

Les limites affectant la validité écologique qui sont nommées dans les études recensées seraient surtout liées aux caractéristiques sociodémographiques des participants. En effet, certains nomment comme limite que leur échantillon est composé majoritairement de caucasiens (Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Grote, 2011). Dans le cas de Ayotte *et al.* (2015), l'échantillon est constitué uniquement de filles. Or, le manque de représentativité de certaines caractéristiques sociodémographiques limite la généralisation à d'autres populations.

5.3 Limites liées aux caractéristiques méthodologiques des études

En lien avec les caractéristiques méthodologiques, certains chercheurs soulignent le faible nombre de sujets dans les échantillons (Darchuck, 2007; Grote, 2011) ou la présence de données manquantes dans la collecte de données longitudinales (Darchuck, 2007; Grote, 2011; Joe *et al.*, 2014). Ces conditions peuvent créer un manque de puissance statistique lors des analyses. Garner *et al.* (2008), quant à eux, soulèvent comme limite le fait de n'avoir inclus que les adolescents qui se sont présentés à au moins deux séances : considérant que les jeunes les moins motivés sont possiblement portés à abandonner plus rapidement les services, ce critère pourrait exclure les sujets les moins motivés de l'étude et par le fait même biaiser les résultats.

Certaines des limites méthodologiques concernent les mesures des variables à l'étude. Dans Grote (2011), au début et à la fin de l'intervention, les adolescents identifiaient eux-mêmes les difficultés pour lesquelles ils évaluaient leur niveau de

motivation au changement. Or, l’auteure souligne des différences entre les difficultés ciblées à chacun des deux temps de mesure. Ce manque de constance dans la définition de l’objet de la motivation au changement pourrait affecter les résultats obtenus. De plus, l’étude de Grote (2011) porte sur un échantillon de jeunes participant à une thérapie de groupe animée par plusieurs intervenants. Or, ce contexte d’intervention pourrait influencer la qualité de l’alliance thérapeutique; devoir penser à plusieurs intervenants simultanément pourrait confondre les adolescents au moment de répondre au questionnaire. De son côté, Darchuck (2007) relève un effet plafond de la mesure utilisée pour évaluer la qualité de l’alliance thérapeutique (WAI, Horvath et Greenberg, 1989), ce qui pourrait affecter la variance des résultats obtenus.

Plusieurs chercheurs soulèvent aussi l’impossibilité de contrôler certaines variables et d’en tenir compte dans les analyses. Le temps de contact avec les intervenants (Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Joe *et al.*, 2014), les caractéristiques personnelles de ces derniers et les comportements qu’ils ont manifestés envers les adolescents (Ayotte *et al.*, 2015) sont des facteurs qui peuvent avoir un impact sur la qualité de l’alliance thérapeutique, mais dont il est impossible de connaître l’importance. Dans l’étude de Fitzpatrick et Irannejad (2008), les jeunes connaissaient déjà leur intervenant depuis longtemps. Dans ce contexte, la relation thérapeutique déjà établie entre l’adolescent et l’intervenant peut avoir entraîné un changement d’attitude du jeune envers le problème qui était initialement l’objet de la motivation au changement. Le rôle de la relation d’aide déjà existante dans la progression du niveau de motivation au changement de l’adolescent n’a donc pas pu être contrôlé.

5.4 Limites du champ d’études constatées suite à l’analyse de l’ensemble des études recensées

La mise en commun des différentes études recensées met en lumière certaines limites du domaine ici à l’étude. D’une part, dans les études recensées, le niveau de motivation au changement est rarement opérationnalisé de la même façon, ce qui a

rendu très difficile la mise en relation des résultats obtenus afin d'en tirer des tendances. Plusieurs différences sont aussi observées dans les façons d'opérationnaliser la qualité de l'alliance thérapeutique. Pourtant, le manque de cohérence entre les études quant à l'opérationnalisation de ces variables est une limite reconnue du domaine (DiGiuseppe *et al.*, 1996; Shirk et Karver, 2003). D'autre part, les construits de l'alliance thérapeutique définie selon Bordin (1979) (buts, tâches, lien) ont été considérés dans seulement deux des sept études recensées (Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Grote, 2011) et seuls Fitzpatrick et Irannejad (2008) ont obtenu des résultats significatifs. Enfin, aucune des études recensées n'inclut d'analyse permettant d'évaluer l'impact des covariables (caractéristiques socioéconomiques, difficultés d'adaptation) sur la relation entre la motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique. Pourtant, l'âge (Darchuck, 2007) et les difficultés d'adaptation (intériorisées, extériorisées, consommation problématique de psychotropes) seraient associées simultanément aux deux variables à l'étude (Ayotte *et al.*, 2015; Joe *et al.*, 2014).

6. OBJECTIFS

En considérant que l'existence d'une relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique est soutenue dans la majorité des études (Ayotte *et al.*, 2015; Broome *et al.*, 2001; Darchuck, 2007; Garner *et al.*, 2008; Joe *et al.*, 2014), mais que plusieurs divergences demeurent au niveau des résultats, il semble pertinent de continuer à étudier cette relation. Pour ce faire, la présente étude vise à mieux comprendre la relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique chez des adolescents recevant des services pour des difficultés d'adaptation en tenant compte des trois aspects précédemment analysés, soit les répondants des variables, les modèles théoriques utilisés et l'inclusion de covariables dans les analyses.

De plus, afin de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine, certaines des limites qui émergent de la recension des écrits sont

considérées dans la présente étude. D’abord, puisque le manque de cohérence dans l’opérationnalisation des variables est une limite reconnue, les modèles théoriques utilisés dans la présente étude sont ceux les plus soutenus par la recherche. Ainsi, la présente étude vise à étudier chez des adolescents qui participent à un programme d’intervention pour des familles en crise, la relation entre le niveau de motivation au changement en début de service (telle que définie par Prochaska *et al.*, 1992) et la qualité de l’alliance thérapeutique en cours de service (telle que définie par Bordin, 1979). Toutes les mesures de la qualité de l’alliance thérapeutique (globale, buts, tâches, lien) sont incluses afin de mieux comprendre leur relation avec le niveau de motivation au changement. De plus, toutes les difficultés d’adaptation vécues par les adolescents (intériorisées, extériorisées, consommation problématique de psychotropes) ont été considérées lors de l’évaluation de leur niveau de motivation au changement. Enfin, puisque les caractéristiques socioéconomiques (Darchuck, 2007) et les difficultés d’adaptation vécues par les adolescents (Ayotte *et al.*, 2015; Joe *et al.*, 2014) semblent être liées simultanément aux deux variables à l’étude, une attention particulière est portée au rôle de ces covariables dans la relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l’alliance thérapeutique. Il est d’autant plus pertinent d’étudier l’impact de ces covariables spécifiquement sur le lien entre les deux variables à l’étude puisque cet impact ne semble jamais avoir été étudié.

La présente étude vise à répondre aux deux objectifs suivants :

- 1) Évaluer la relation entre le niveau de motivation au changement (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien) des adolescents à l’entrée dans un programme d’intervention pour les familles en crise et la qualité de l’alliance thérapeutique (buts, tâches, lien, score global) en cours de service, soit à la 3^e semaine.

- 2) Vérifier la présence d'une association entre le niveau de motivation au changement (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien) des adolescents à l'entrée dans un programme d'intervention pour les familles en crise et la qualité de l'alliance thérapeutique (score global) en cours de service, soit à la 3^e semaine, indépendamment de l'âge, du sexe et des difficultés d'adaptation (difficultés intériorisées, extériorisées et consommation problématique de psychotropes) vécues par les adolescents.

TROISIÈME CHAPITRE MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Dans ce troisième chapitre, la méthodologie de la présente étude est décrite. La nature du devis, les participants de l'étude originale, les caractéristiques de l'échantillon retenu pour la présente étude, les instruments de mesure associés à chacune des variables à l'étude, le déroulement de la collecte de données et les analyses statistiques produites y sont précisés.

1. DEVIS

Pour atteindre les objectifs énoncés au chapitre précédent, un devis longitudinal, en deux temps de mesure, a été utilisé. La présente étude s'inscrit dans une étude plus vaste ayant reçu l'approbation d'un comité d'éthique. Cette étude financée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Pauzé, Touchette et Joly, 2014) avait pour objectif général d'évaluer l'impact de l'application fidèle du programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) sur l'évolution des jeunes et des familles.

2. ÉCHANTILLON

2.1 Échantillon général

Dans l'étude de Pauzé *et al.* (2014), les jeunes et les familles ont été recrutés par les intervenants du programme CAFE. Théoriquement, tous les jeunes et toutes les familles inscrits dans le programme entre octobre 2010 et décembre 2011 devaient être informés de la recherche et être invités à y participer. Lors de la première ou de la deuxième rencontre avec le jeune et sa famille, l'intervenant leur expliquait brièvement les objectifs et le déroulement de la recherche et leur remettre une lettre explicative

plus détaillée en leur précisant qu'ils avaient jusqu'à la prochaine rencontre pour décider de participer ou non à l'étude. Lors de cette rencontre, l'intervenant revenait sur le sujet et faisait signer une lettre de consentement aux jeunes et aux parents qui acceptaient de participer.

Des 401 familles évaluées par les intervenants du programme CAFE entre octobre 2010 et décembre 2011, 256 familles ont accepté de participer, soit 63,8% de l'ensemble des familles évaluées au cours de cette période. La représentativité de cet échantillon a été évaluée à partir d'une série d'analyses comparatives sur les principales variables à l'étude, à l'aide des outils inclus dans le Protocole d'évaluation multidimensionnel pour adolescents – Intervention de crise (PEMA-IC, Pauzé *et al.*, 2014). Les analyses visaient à comparer les familles participantes ($N = 256$) et les familles non participantes ($N = 145$) évaluées à l'aide du PEMA-IC (Pauzé *et al.*, 2014) entre octobre 2010 et décembre 2011 dans le cadre de l'implantation du programme. Les résultats de ces analyses indiquent qu'il n'y a pas de différences entre ces deux échantillons sur la presque totalité des variables considérées. La seule différence significative observée concerne le fonctionnement général de la famille : les répondants principaux du groupe des participants perçoivent le fonctionnement général de leur famille comme étant plus dysfonctionnel que les répondants principaux du groupe des non-participants. Bien que significative sur le plan statistique, cette différence apparaît mineure pour la présente étude.

2.2 Échantillon retenu pour la présente étude

L'échantillon de la présente étude est composé de 256 adolescents (140 garçons, 116 filles) âgés de 12 à 17 ans ($M = 14,73$). Le Tableau 2 présente les moyennes et les écarts types des variables et covariables continues à l'étude.⁵ Pour l'ensemble de l'échantillon, la sévérité moyenne des difficultés extériorisées est dans

⁵ Pour une meilleure compréhension des moyennes et écarts types présentés, voir la description des instruments de mesure au point 3.2 de ce document.

la zone clinique limite, alors que celle des difficultés intériorisées est en dessous. Concernant la consommation de psychotropes, la moyenne de l'échantillon correspond à une consommation non problématique. Or, les jeunes de l'échantillon ne sont pas répartis également dans les différents niveaux de consommation problématique : 145 adolescents présentent une consommation non problématique, 42 présentent une consommation problématique en émergence et 46 présentent une consommation problématique évidente. Pour l'alliance thérapeutique, les moyennes et écarts types des échelles des buts, des tâches et du lien sont élevées et plutôt semblables. Ainsi, les trois échelles contribuent de façon homogène au score moyen de l'alliance thérapeutique globale, qui correspond à une alliance thérapeutique moyenne à forte. Sur les 256 adolescents de l'échantillon, 178 ont des données complètes et valides pour l'ensemble des variables ici à l'étude.⁶ Afin de conserver un maximum de puissance statistique, pour chaque analyse, tous les adolescents pour qui les données nécessaires étaient disponibles ont été inclus.

Tableau 2
Moyennes et écarts types des variables continues

Variable	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>N</i>
Difficultés intériorisées	53,75	11,68	235
Difficultés extériorisées	61,65	8,90	235
Consommation problématique de psychotropes	10,71	9,42	233
Alliance thérapeutique globale	65,40	12,13	198
Échelle buts	21,32	4,22	198
Échelle tâches	22,02	4,69	198
Échelle lien	21,77	4,68	198

⁶ L'attrition et l'absence de données pour certains sujets expliquent la variation du nombre de sujets dans les variables à l'étude.

Des analyses de variance ont été effectuées pour comparer, chez les adolescents s'identifiant à un même niveau de motivation au changement, la sévérité des difficultés d'adaptation vécues (voir Tableau 3). Ces comparaisons permettront de mieux comprendre le profil de difficultés vécues par les jeunes selon le stade de changement rapporté et, par le fait même, permettront de mieux nuancer les résultats issus des analyses subséquentes. Sommairement, la sévérité des difficultés intériorisées et extériorisées décroît de manière significative entre le stade de précontemplation et le stade du maintien, ce qui n'est pas le cas pour la consommation problématique de psychotropes. Plus spécifiquement, à tous les stades de changement, les moyennes des difficultés extériorisées se trouvent dans la zone limite ($59 < T < 63$) ou dans la zone clinique ($T > 63$). Pour les difficultés intériorisées, toutes les moyennes sont sous le seuil clinique, bien que certaines s'en rapprochent. Pour la consommation problématique de psychotropes, à tous les stades de changement, les moyennes correspondent à une consommation non problématique. À l'exception des jeunes au stade de contemplation, stade dans lequel les jeunes présentent, en moyenne, une consommation problématique en émergence. Toutefois, la présence d'écart types élevés signifie que parmi les jeunes qui s'identifient à un même stade de changement, la sévérité des difficultés intériorisées et de la consommation problématique de psychotropes varie substantiellement.

Tableau 3
*Analyses de variance des difficultés d'adaptation
 en fonction des stades de changement*

		Stades de motivation au changement					<i>F</i>	η^2	
Variable	<i>N</i>	Précontemplation (<i>n</i> = 28)	Contemplation (<i>n</i> = 34)	Préparation (<i>n</i> = 73)	Action (<i>n</i> = 31)	Maintien (<i>n</i> = 52)			
Difficultés intériorisées	218	<i>M</i>	57,04	55,91	54,10	55,13	49,23	3,02*	0,23
		<i>ÉT</i>	14,62	12,43	11,33	10,26	9,69		
		<i>dl</i>	4	4	4	4	4		
Difficultés extériorisées	218	<i>M</i>	64,39	66,88	60,58	59,39	59,71	5,50**	0,31
		<i>ÉT</i>	9,18	7,04	9,01	9,04	7,78		
		<i>dl</i>	4	4	4	4	4		
Consommation problématique de psychotropes ^a	208	<i>M</i>	9,36	14,97	9,44	9,42	10,51	2,23	0,21
		<i>ÉT</i>	9,76	8,94	9,77	9,99	8,49		
		<i>dl</i>	4	4	4	4	4		

^a Le nombre de sujets dans chaque groupe pour cette variable est respectivement :

Précontemplation (n = 28), Contemplation (n = 32), Préparation (n = 70), Action (n = 31), Maintien (n = 47).

η^2 = taille d'effet

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

3. COLLECTE DE DONNÉES

La prochaine section décrit d'abord le déroulement de la collecte de données, puis les instruments de mesures utilisés pour chacune des variables à l'étude.

3.1 Déroulement de la collecte de données

La collecte de données s'est déroulée en deux temps. La première évaluation s'inscrit dans le processus normal du programme qui prévoit l'utilisation du protocole PEMA-IC (Pauzé *et al.*, 2014) au moment de l'entrée des jeunes et des familles dans le programme (semaine 1 ou 2). À la remise des questionnaires auto-rapportés à la famille, l'intervenant documentait certaines données sociodémographiques telles que l'âge et le sexe du jeune et demandait aux participants de répondre aux questionnaires de façon indépendante, de s'assurer de répondre à toutes les questions et d'indiquer les questions difficiles à comprendre. Le cas échéant, l'intervenant revoyait, avec les répondants, les questions mal comprises. Ce protocole a permis d'évaluer, à l'entrée dans le service, le niveau de motivation au changement du jeune, ainsi que la nature et la sévérité des difficultés d'adaptation vécues (difficultés intériorisées, difficultés extériorisées, consommation problématique de psychotropes). La qualité de l'alliance thérapeutique a, quant à elle, été évaluée à deux reprises, soit à la 3^e et 6^e semaine du suivi. À ce moment, l'adolescent a évalué l'alliance thérapeutique entre lui et l'intervenant; l'intervenant, de son côté, a évalué l'alliance thérapeutique entre lui-même et l'ensemble de la famille, considérée comme un tout. Puisque la présente étude porte sur l'alliance thérapeutique entre l'adolescent et l'intervenant, seul le questionnaire rapporté par l'adolescent a été conservé pour les analyses. De plus, puisque les évaluations à la 6^e semaine du suivi n'étaient disponibles que pour 165 jeunes, seul le questionnaire répondu par l'adolescent à la 3^e semaine du suivi a été retenu afin d'éviter une perte de puissance statistique.

3.2 Variables et instruments de mesure

3.2.1 Le niveau de motivation au changement en début de service

Dans l'étude de Pauzé *et al.* (2014), l'évaluation utilisée pour évaluer le niveau de motivation au changement du jeune à l'entrée dans le programme est basée sur le Modèle transthéorique du changement (Prochaska *et al.*, 1992). Dans un questionnaire maison, une question composée d'énoncés évaluait le niveau de motivation de l'adolescent à travailler sur l'ensemble des difficultés d'adaptation qui ont justifié la demande de service au programme CAFE (voir Annexe A). Selon sa propre perception, l'adolescent devait choisir parmi six énoncés lequel correspondait le mieux à sa situation. Les cinq premiers énoncés de l'outil correspondent aux stades de changement du Modèle transthéorique du changement (Prochaska *et al.*, 1992) et le sixième indique que l'adolescent juge être complètement sorti de la problématique. Ainsi, selon l'énoncé choisi, l'adolescent était attribué à l'un des six groupes suivants: 1) précontemplation, 2) contemplation, 3) préparation, 4) action, 5) maintien, 6) l'adolescent ne présente pas un niveau de difficultés lié à l'offre de service CAFE. Toutefois, en raison de la similitude entre le cinquième et le sixième énoncé (voir Annexe A), la catégorie « l'adolescent ne présente pas un niveau de difficultés lié à l'offre de service CAFE » ($n = 6$) a été fusionnée à la catégorie « maintien » ($n = 46$) pour former une nouvelle catégorie « maintien » ($n = 52$). De cette façon, la variable « stade de changement » a été recodée en cinq catégories correspondant aux stades du changement du Modèle transthéorique du changement (Prochaska *et al.*, 1992) : 1) précontemplation ($n = 28$), 2) contemplation ($n = 34$), 3) préparation ($n = 73$), 4) action ($n = 31$) et 5) maintien ($n = 52$). Il est à noter que les qualités psychométriques du questionnaire maison ici utilisé n'ont pas été évaluées.

3.2.2 La qualité de l'alliance thérapeutique en cours de service

Pour mesurer la qualité de l'alliance thérapeutique à la 3^e semaine, la version courte du Working Alliance Inventory (WAI-S, Tracey *et al.*, 1989) traduite de l'anglais au français par Corbière, Bisson, Lauzon et Ricard (2006) a été utilisée. Il s'agit d'un questionnaire standardisé qui permet d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique selon le Modèle théorique de l'alliance de travail (Bordin, 1979) décrit précédemment. Cette version abrégée comprend douze items à échelles de Likert en sept points. Ce questionnaire peut être auto-rapporté par l'une ou l'autre des parties impliquées dans la relation thérapeutique (le sujet ou l'intervenant). L'ensemble des questions est divisé en trois échelles de quatre items correspondant aux trois construits du modèle de Bordin (1979) : les buts, les tâches, le lien. Ainsi, trois échelles continues (buts, tâches, lien) variant de 0 à 28 et une échelle continue d'alliance thérapeutique globale variant de 0 à 84 sont incluses dans la présente étude.

Dans leur étude de validation, Corbière *et al.* (2006) concluent que la cohérence interne pour l'échelle d'alliance thérapeutique globale varie de 0,88 à 0,93. Pour les trois sous-échelles, la cohérence interne varie de 0,64 à 0,93. Entre les trois sous-échelles, les corrélations varient entre 0,71 et 0,86. Les corrélations entre les sous-échelles et le score total sont toutes au-dessus de 0,90. Des analyses factorielles confirmatoires ont été effectuées en fonction de deux modèles : le premier à trois facteurs, correspondant aux trois construits de Bordin (1979), et le second correspondant à l'alliance thérapeutique globale. Une fois des ajustements effectués, les deux modèles atteignaient un niveau acceptable de correspondance.

3.2.3 La nature et la sévérité des difficultés d'adaptation

Les difficultés d'adaptation vécues à l'adolescence ont été évaluées à l'entrée dans le programme via trois dimensions distinctes et non exclusives : les difficultés intériorisées, les difficultés extériorisées et la consommation problématique de psychotropes.

3.2.3.1 Les difficultés d'adaptation intériorisées et extériorisées. La version française du Youth Self Report (YSR, Achenbach et Rescorla, 2001) complétée par l'adolescent a permis d'évaluer la présence et la sévérité des difficultés d'adaptation intériorisées et extériorisées chez les jeunes de l'échantillon au cours des six mois précédant l'entrée dans le programme. Ce questionnaire est constitué de 112 items à échelle de Likert en 3 points (ce n'est pas vrai; assez vrai ou quelques fois vrai; vrai ou souvent vrai) qui permettent d'identifier les comportements du jeune.

Les items sont ensuite regroupés en huit sous-échelles : anxiété/dépression, retrait social, plaintes somatiques, problèmes sociaux, problèmes de la pensée, problèmes d'attention, bris de règles et comportements agressifs. Le score à l'échelle des difficultés intériorisées est obtenu en faisant la somme des 31 items inclus dans les sous-échelles anxiété/dépression, retrait social et plaintes somatiques. Le score à l'échelle des difficultés extériorisées est quant à lui obtenu en faisant la somme des 32 items inclus dans les sous-échelles bris de règles et comportements agressifs. Pour faciliter la comparaison entre les échantillons, les scores bruts sont convertis en scores T. La conversion des scores varie selon le répondant, l'âge et le sexe du jeune. Dans la présente étude, les scores T associés aux échelles des difficultés intériorisées et extériorisées sont utilisés comme variables continues.

L'étude validation de Achenbach et Rescorla (2001) a été effectuée auprès d'un échantillon de 2551 adolescents et adolescentes âgés de 11 à 18 ans, vivant aux États-Unis, en Angleterre et en Australie. Selon cette étude, les échelles des difficultés intériorisées et des difficultés extériorisées du YSR présentent toutes deux une très bonne cohérence interne (alpha de Cronbach de 0,90 pour chacune des deux échelles). L'accord inter-juges avec le Child Behavior Checklist (CBCL) répondu par le parent est moyen, tant pour l'échelle des difficultés intériorisées ($\kappa = 0,48$) que pour l'échelle des difficultés extériorisées ($\kappa = 0,56$). Les fidélités test-retest des deux échelles pour un intervalle de 8 jours sont respectivement de $r = 0,80$ pour les difficultés intériorisées et de $r = 0,89$ pour les difficultés extériorisées. La stabilité temporelle pour un intervalle

de 7 mois est quant à elle de $r = 0,53$ pour les difficultés intériorisées et de $r = 0,59$ pour les difficultés extériorisées.

3.2.3.2 La consommation problématique de psychotropes. La DEP-ADO (Germain *et al.*, 2013) s'adresse à une clientèle adolescente, clinique ou populationnelle, âgée de 12 à 17 ans. Cette grille est composée de sept questions et elle peut être administrée à l'adolescent lui-même via une entrevue structurée face à face ou en auto-rapporté. Certaines questions se répondent par oui ou non, d'autres par choix de réponses (échelles de Likert en 6 points). Plusieurs aspects de la consommation de psychotropes du jeune sont évalués : substances consommées, quantité, fréquence, âge d'initiation, voie d'administration, conséquences de la consommation. Les scores peuvent être compilés en une échelle continue de la sévérité de la consommation de psychotrope. Un score de 13 ou moins indique l'absence d'un problème de consommation chez le jeune, un score variant de 14 à 19 signale un problème de consommation en émergence et un score de 20 ou plus signale un problème évident de consommation. Dans la présente étude, c'est cette échelle continue qui est utilisée.

L'outil présente de bonnes qualités psychométriques (Landry, Tremblay, Guyon, Bergeron et Brunelle, 2004). Selon ces chercheurs, la validité critériée concomitante entre la DEP-ADO et l'IGT-ADO est de satisfaisante à bonne ($r = 0,42$ et $r = 0,77$). De plus, la DEP-ADO présente une excellente fidélité test-retest pour le mode auto-rapporté ($r = 0,93$). Enfin, la cohérence interne est bonne tant pour un échantillon scolaire (alpha de Cronbach variant de 0,61 et 0,86) que pour un échantillon clinique (alpha de Cronbach variant de 0,64 à 0,84).

4. ANALYSE DES DONNÉES

La prochaine section décrit le traitement préalable des données ainsi que les analyses statistiques réalisées pour parvenir à répondre aux deux objectifs de recherche ciblés. Ces opérations ont été effectuées à l'aide du programme SPSS. Toutes les

prémises nécessaires à la validité des analyses statistiques utilisées ont été vérifiées et respectées.

Pour répondre au premier objectif qui est d'évaluer la relation entre le niveau de motivation au changement des adolescents à l'entrée du programme d'intervention et la qualité de l'alliance thérapeutique à la 3^e semaine, des analyses de variance ont été effectuées. Le stade de changement (variable catégorielle) a été entré comme variable indépendante. Les scores continus de l'alliance thérapeutique globale et des trois échelles associées aux construits de Bordin (1979) (buts, tâches et lien) ont été entrés comme variables dépendantes. Des analyses post-hoc de Bonferroni ont permis d'identifier entre quels stades de changement se situaient les différences.

Pour répondre au second objectif qui est de vérifier la présence d'une association entre le niveau de motivation au changement des adolescents à l'entrée du programme d'intervention et la qualité de l'alliance thérapeutique globale à la 3^e semaine, indépendamment de l'âge, du sexe et des difficultés d'adaptations vécues par les adolescents, des régressions multiples hiérarchiques ont été effectuées. Une matrice de corrélations de Pearson a d'abord été produite en incluant l'ensemble des variables continues à l'étude : âge, difficultés intériorisées et extériorisées, consommation problématique de psychotropes, alliance thérapeutique globale, échelle buts, échelle tâches, échelle lien. Un Test t a aussi été effectué pour évaluer si l'alliance thérapeutique globale (variable continue dépendante) variait selon le sexe (variable catégorielle indépendante). Pour faciliter l'interprétation des résultats, la variable du sexe a été recodée pour que « 0 » soit associé au garçon et « 1 » aux filles. Toutes les variables liées à l'alliance thérapeutique globale à un seuil minimal de $p < 0,20$ ont été incluses dans le modèle de régression, alors que celles présentant de la multicollinéarité ($r > 0,8$) avec l'alliance thérapeutique globale ont été exclues. Finalement, dans le modèle de régression, le stade de changement (variable catégorielle) a été entré comme variable indépendante. Afin d'isoler la contribution spécifique de chaque stade de changement au modèle de régression multiple, quatre variables dichotomiques ont été

créées : contemplation, préparation, action et maintien. De cette façon, seuls les adolescents de la catégorie « précontemplation » ont été conservés dans la constante.

QUATRIÈME CHAPITRE RÉSULTATS

1. LA RELATION ENTRE LE NIVEAU DE MOTIVATION AU CHANGEMENT À L'ENTRÉE DU PROGRAMME ET LA QUALITÉ DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE À LA 3^E SEMAINE

En lien avec le premier objectif principal, les résultats des analyses de variances indiquent qu'il existe au moins une différence significative entre les stades de changement pour l'alliance thérapeutique globale, l'échelle des buts et l'échelle des tâches (voir Tableau 4). Toutefois, les résultats à l'échelle du lien ne diffèrent pas significativement selon le stade de changement. Les tailles d'effets pour l'alliance thérapeutique globale, de l'échelle des buts et de l'échelle des tâches sont de taille moyenne.

Les résultats des analyses post-hoc de Bonferroni démontrent que les jeunes au stade de précontemplation rapportent une alliance thérapeutique globale significativement plus faible que les jeunes aux stades de contemplation ($p = 0,02$), de préparation ($p = 0,02$), de l'action ($p = 0,04$) et du maintien ($p = 0,003$). À l'échelle des buts, les jeunes au stade de précontemplation rapportent aussi des scores significativement plus faibles que les jeunes aux stades de contemplation ($p = 0,02$), de préparation ($p = 0,04$), de l'action ($p = 0,04$) et du maintien ($p = 0,004$). Pour l'échelle des tâches, les jeunes au stade de précontemplation rapportent un score significativement plus faible que les jeunes aux stades de contemplation ($p = 0,03$), de préparation ($p = 0,02$) et du maintien ($p = 0,006$), mais ne se distinguent pas significativement de ceux au stade de l'action ($p = 0,09$). Enfin, pour l'échelle du lien, aucune différence significative entre les stades de changement n'est observée.

Tableau 4
*Analyses de variance de la qualité de l'alliance thérapeutique
 en fonction des stades changement
 (N = 179)*

Variable		Stades de motivation au changement					<i>F</i>	η^2
		Précontemplation (<i>n</i> = 23)	Contemplation (<i>n</i> = 26)	Préparation (<i>n</i> = 60)	Action (<i>n</i> = 25)	Maintien (<i>n</i> = 45)		
Alliance thérapeutique globale	<i>M</i>	56,26	66,96	65,50	66,28	67,46	3,92*	0,29
	<i>ÉT</i>	15,75	11,24	10,62	11,13	11,62		
	<i>dl</i>	4	4	4	4	4		
Échelle buts	<i>M</i>	18,39	22,00	21,35	21,84	22,20	3,77*	0,28
	<i>ÉT</i>	5,16	3,91	3,71	3,89	4,14		
	<i>dl</i>	4	4	4	4	4		
Échelle tâches	<i>M</i>	18,70	22,65	22,23	22,20	22,80	3,52*	0,27
	<i>ÉT</i>	6,00	3,73	4,45	4,38	4,47		
	<i>dl</i>	4	4	4	4	4		
Échelle lien	<i>M</i>	19,17	22,31	21,73	22,24	22,02	2,03	0,21
	<i>ÉT</i>	5,86	4,88	3,96	3,94	4,62		
	<i>dl</i>	4	4	4	4	4		

* $p < 0,01$.

2. L'ASSOCIATION ENTRE LE NIVEAU DE MOTIVATION AU CHANGEMENT À L'ENTRÉE DU PROGRAMME ET LA QUALITÉ DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE À LA 3^E SEMAINE, INDÉPENDAMMENT DE L'ÂGE, DU SEXE ET DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION VÉCUES PAR LES ADOLESCENTS

Pour le deuxième objectif, des corrélations et un Test t ont été effectuées de façon préliminaire aux régressions multiples hiérarchiques pour identifier les variables et les covariables à intégrer au modèle. Quatre sujets ont été exclus des analyses du fait qu'ils présentaient des valeurs extrêmes.

2.1 Résultats des analyses bivariées préliminaires

Les résultats des corrélations démontrent que les difficultés intériorisées et extériorisées sont corrélées positivement entre elles et que la consommation problématique de psychotropes est corrélée positivement avec l'âge et les difficultés extériorisées (voir Tableau 5). En ce qui concerne l'alliance thérapeutique globale, elle tend légèrement à augmenter avec l'âge et elle est négativement corrélée avec les difficultés intériorisées et extériorisées. L'alliance thérapeutique globale n'est toutefois pas corrélée significativement avec la consommation problématique de psychotropes. Les mêmes résultats sont observés pour les construits de l'alliance thérapeutique (buts, tâches, lien) à deux exceptions près : pour l'échelle lien, la corrélation avec l'âge est plus significative et la corrélation avec les difficultés intériorisées est moins significative. Aucune multicolinéarité n'est observée entre les covariables (âge, difficultés intériorisées, extériorisées, consommation problématique de psychotropes), ainsi qu'entre ces dernières et les échelles d'alliance thérapeutique (globale, buts, tâches, lien). Toutefois, tel qu'attendu, une multicolinéarité ($r > 0,8$) est observée entre l'alliance thérapeutique globale et les échelles des construits (buts, tâches, lien). De plus, les échelles des buts, des tâches et du lien sont très fortement corrélées entre elles.

Tableau 5
*Corrélations entre les covariables et les différentes échelles de l'alliance
thérapeutique*
(N = 176)

Variable	2	3	4	5	6	7	8
1. Âge	-0,07	0,01	0,34***	0,14 [†]	0,14 [†]	0,09 [†]	0,18*
2. Difficultés intériorisées		0,34***	-0,05	-0,20**	-0,26**	-0,15*	-0,15 [†]
3. Difficultés extériorisées			0,50***	-0,24**	-0,22**	-0,20**	-0,23**
4. Consommation problématique de psychotropes				-0,04	-0,03	-0,03	-0,05
5. Alliance thérapeutique globale					0,85***	0,93***	0,89***
6. Échelle buts						0,72***	0,63***
7. Échelle tâches							0,74***
8. Échelle lien							

[†] $p < 0,20$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

En ce qui concerne, la relation entre l'alliance thérapeutique globale et le sexe des adolescents, les résultats du Test t indiquent que les garçons ($M = 64,71$) tendent à rapporter une alliance thérapeutique globale plus faible que les filles ($M = 67,46$) ($t(184) = -1,69, p = 0,09$).

2.2 Procédure et résultats des analyses multivariées

Dans le respect du critère défini ($p < 0,20$), les covariables introduites dans le premier bloc du modèle de régressions multiples hiérarchiques sont le sexe, l'âge, les

difficultés intériorisées et les difficultés extériorisées. Comme elle semble représentative des sous-échelles (buts, tâches, lien), seule l'alliance thérapeutique globale a été entrée comme variable dépendante. Dans le second bloc du modèle de régression, les stades de changement (contemplation, préparation, action, maintien) ont été introduits comme variables indépendantes. Le stade de précontemplation a été conservé comme constante.

Selon les résultats obtenus, l'âge, le sexe, les difficultés intériorisées et les difficultés extériorisées permettent d'expliquer 10% de la variance de l'alliance thérapeutique globale (voir Tableau 6). Pour ce premier bloc, la contribution de l'âge est significative et celle des difficultés extériorisées est marginalement significative. Les contributions du sexe et des difficultés intériorisées ne sont pas significatives. Au deuxième bloc, au-delà des variables de contrôle introduites dans le premier bloc, les stades de changement ajoutés permettent d'expliquer 6% de plus de la variance de l'alliance thérapeutique globale. Pour ce second bloc, aucun changement notable n'est observé dans les coefficients et les seuils de signification des covariables. En comparaison avec le stade de précontemplation, chaque stade de changement contribue de façon significative à l'augmentation de l'alliance thérapeutique globale. Le stade de l'action contribue à la plus faible augmentation de l'alliance thérapeutique globale et le stade du maintien contribue à sa plus forte augmentation. Au total, le modèle explique 16% de la variance de l'alliance thérapeutique globale.

Tableau 6

*Régressions multiples hiérarchiques prédisant l'alliance
thérapeutique globale à partir du stade de changement
en contrôlant pour les covariables
(N = 174)*

Variable	dl	ΔR^2	B	β
Bloc 1	4	0,10**		
CONSTANTE			61,17***	
Âge			1,43	0,18*
Sexe			2,63	0,12
Difficultés intériorisées			-0,12	-0,12
Difficultés extériorisées			-0,19	-0,15 [†]
Bloc 2	8	0,06*		
CONSTANTE			55,41***	
Âge			1,36	0,17*
Sexe			2,08	0,10
Difficultés intériorisées			-0,10	-0,10
Difficultés extériorisées			-0,19	-0,16 [†]
Contemplation			8,90	0,29**
Préparation			7,18	0,31**
Action			6,17	0,20*
Maintien			8,08	0,32**
R^2 total		0,16***		

[†] < 0,07. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

CINQUIÈME CHAPITRE DISCUSSION

La présente étude visait à clarifier la relation entre le niveau de motivation au changement en début de service et la qualité de l'alliance thérapeutique en cours de services chez les adolescents présentant des difficultés d'adaptation (difficultés intériorisées, extériorisées, consommation problématique de psychotropes). L'échantillon étudié était composé de 256 adolescents ayant participé au programme CAFE, un programme d'intervention pour des familles en crise. Cette étude contribue aux connaissances actuelles en utilisant des modèles théoriques reconnus pour définir et mesurer les variables à l'étude, soit le Modèle transthéorique du changement (Prochaska *et al.*, 1992) pour le niveau de motivation au changement et le Modèle théorique de l'alliance de travail (Bordin, 1979) pour la qualité de l'alliance thérapeutique. Pour ajouter aux connaissances actuelles, les relations entre tous les stades de changement et tous les construits du modèle de Bordin (1979) (buts, tâches, lien et score global) ont été investiguées. De plus, pour pallier à un manque dans la documentation scientifique, l'impact de certaines covariables (sexe, âge, difficultés intériorisées et extériorisées) sur la relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique a été investigué. Enfin, il s'agit de l'une des rares études qui abordent la relation entre la motivation au changement et l'alliance thérapeutique à la fois chez une clientèle adolescente et dans un contexte d'intervention en milieu familial.

La prochaine section fait un rappel des principaux résultats obtenus pour chaque objectif et les met en relation avec les connaissances actuelles dans le domaine. Les retombées pour la pratique psychoéducative, ainsi que les forces et les limites de la présente étude sont ensuite décrites.

1. ANALYSE DES RÉSULTATS OBTENUS

En lien avec le premier objectif, les résultats obtenus permettent de conclure que le niveau initial de motivation au changement du jeune et la qualité de l'alliance thérapeutique à la 3^e semaine d'intervention sont positivement liés. Toutefois, en concordance avec les conclusions d'Ayotte *et al.* (2015) et de Fitzpatrick et Irannejad (2008), cette relation ne semble ni linéaire, ni la même pour les différents construits qui définissent la qualité de l'alliance thérapeutique (buts, tâches, lien). En effet, l'alliance thérapeutique globale rapportée par les jeunes au stade de précontemplation est plus faible que celle rapportée par les jeunes aux quatre autres stades de changement (contemplation, préparation, action, maintien), mais aucune autre différence significative n'est observée entre les autres stades de changement. Il en va de même pour l'accord sur les buts et sur les tâches, à une exception près. Au niveau des tâches, il n'y a pas de différence significative entre les jeunes au stade de précontemplation et ceux au stade de l'action. Enfin, la qualité du lien ne semble pas varier selon le niveau de motivation au changement du jeune. Ainsi, il semblerait que les jeunes qui rapportent une très faible motivation au changement, soit ceux au stade de précontemplation, perçoivent une plus faible alliance thérapeutique que les jeunes qui rapportent des niveaux supérieurs de motivation au changement. Ces résultats vont dans le même sens que les résultats de plusieurs des études recensées (Ayotte *et al.*, 2015; Broome *et al.*, 2001; Darchuck, 2007; Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Garner *et al.*, 2008; Joe *et al.*, 2014). Ces résultats étaient attendus considérant que la reconnaissance des difficultés d'adaptation vécues constitue habituellement le point de départ du processus de changement (DiGiuseppe *et al.*, 1996) et il est possible que les adolescents qui ne reconnaissent pas leurs difficultés ressentent moins la pertinence de s'allier à un intervenant.

Dans l'échantillon ici à l'étude, les jeunes au stade de l'action rapportent, par rapport aux jeunes au stade de précontemplation, une plus forte alliance thérapeutique globale et une meilleure entente avec leur intervenant concernant les buts des interventions. Cependant, ceci n'est pas le cas en ce qui concerne les tâches. Pour corroborer ces résultats, Fitzpatrick et Irannejad (2008) ont aussi conclu que les jeunes qui s'identifient davantage au stade de l'action rapporteraient une meilleure alliance thérapeutique globale et s'entendraient mieux avec leur intervenant sur les buts. Toutefois, selon eux, les jeunes aux stades de l'action s'entendraient aussi mieux avec leur intervenant sur les tâches (Fitzpatrick et Irannejad, 2008), ce qui ne n'est pas reproduit dans la présente étude. En effet, les résultats ici obtenus amènent plutôt à conclure que les jeunes au stade de l'action s'entendent mieux avec les intervenants sur les objectifs des interventions, mais pas sur la façon d'y arriver. Parce que les jeunes au stade de l'action ont déjà entrepris des stratégies pour diminuer leurs difficultés d'adaptation, ils peuvent être plus susceptibles de rejeter les moyens proposés par les intervenants. De plus, dans la présente étude, les adolescents au stade du maintien présentent la plus forte alliance thérapeutique globale de tous les stades, alors que selon Fitzpatrick et Irannejad (2008) ces jeunes en rapporteraient une plus faible. Dans le même ordre d'idée, la qualité du lien ne varie pas significativement d'un stade de changement à l'autre, alors que selon Fitzpatrick et Irannejad (2008), les adolescents au stade du maintien rapporteraient un plus faible lien avec les intervenants. Force est de constater que le lien ne semble pas varier de la même façon que les autres construits (buts, tâches) dans sa relation avec les stades de changement.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer pourquoi les buts et tâches sont liés au niveau de motivation au changement des adolescents, mais pas le lien. Premièrement, la recherche d'indépendance et d'autodétermination est un processus inhérent au développement des adolescents; les adolescents sont sensibles aux buts qui leur sont imposés et préfèrent davantage choisir eux-mêmes leurs façons de faire (DiGiuseppe *et al.*, 1996). Deuxièmement, en comparaison avec les adultes, les adolescents peuvent avoir plus de difficulté à comprendre la relation entre les tâches et

les buts planifiés, notamment lorsqu'il s'agit de buts à plus long-terme (Zack *et al.*, 2007). Troisièmement, contrairement aux adultes qui ont généralement des attentes concrètes envers les intervenants, les adolescents n'ont pas tous des schèmes de référence pour baser leurs attentes envers ces derniers (DiGiuseppe *et al.*, 1996). L'accord sur les buts et les tâches peut donc être plus difficile à établir chez les adolescents. Concernant le lien, ce construit est différent des deux autres en ce sens qu'il est moins concret, moins tangible, et qu'il peut prendre plus de temps à se développer. Il repose sur un ensemble d'affects entre le jeune et l'intervenant qui sont teintés de la personnalité de ces derniers, de leur vécu, de leurs schèmes d'attachement respectifs et de multiples autres enjeux personnels qui leur sont propres (Bordin, 1979; Horvath *et al.*, 1993). Chez les adolescents, la construction d'un bon lien reposerait aussi sur bonne entente concernant les buts et les tâches (DiGiuseppe *et al.*, 1996). Ceci pourrait expliquer pourquoi le construit du lien est fortement relié aux buts et aux tâches, mais qu'il n'entretient pas la même relation avec la motivation au changement.

Des différences méthodologiques peuvent aussi expliquer les différences observées entre les résultats de la présente étude et ceux de Fitzpatrick et Irannejad (2008). D'abord, pour évaluer le niveau de motivation au changement, Fitzpatrick et Irannejad (2008) ont utilisé quatre mesures continues correspondant aux stades de changement (précontemplation, contemplation, action, maintien), alors que dans la présente étude, le niveau de motivation au changement a été opérationnalisé en cinq catégories (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien). De plus, l'échantillonnage diffère entre les deux études. Les jeunes de l'étude de Fitzpatrick et Irannejad (2008) recevaient des services en milieu scolaire comparativement aux jeunes de la présente étude qui reçoivent des services spécialisés d'un centre de santé et de services sociaux. En ce sens, les jeunes de la présente étude présentaient peut-être des difficultés plus sévères, ce qui a pu affecter le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique rapportée. Néanmoins, les distinctions observées entre les stades de changement mettent en lumière l'importance de les mesurer de façon indépendante, soit en utilisant une mesure catégorielle comme c'est

le cas dans la présente étude ou en utilisant une mesure continue par stade de changement comme Fitzpatrick et Irannejad (2008). En effet, l'utilisation d'une seule mesure continue pour évaluer le niveau de motivation au changement semble avoir limité les résultats obtenus dans certaines études recensées (Darchuck, 2007; Grote 2011).

Concernant le deuxième objectif, les résultats des analyses bivariées préliminaires corroborent certains résultats des études recensées, soit que les filles (Darchuck, 2007) et les jeunes plus âgés (Ayotte *et al.*, 2015; Garner *et al.*, 2008) développent une plus forte alliance thérapeutique. De plus, les sévérités des difficultés intériorisées et extériorisées sont ressorties comme négativement corrélées à la qualité de l'alliance thérapeutique, alors que la consommation problématique de psychotropes n'était pas corrélée à cette dernière. Concernant les difficultés extériorisées, il était déjà connu que les jeunes qui en vivent davantage rapportent une plus faible alliance thérapeutique (Shirk et Karver, 2003; Zack *et al.*, 2007). Toutefois, les résultats obtenus ne soutiennent pas les résultats des études recensées qui indiquaient que les difficultés intériorisées (Ayotte *et al.*, 2015) et la présence de difficultés d'adaptation de niveau clinique (trouble intériorisé ou extériorisé non différencié) (Joe *et al.*, 2014) étaient associées à une plus forte alliance thérapeutique. Des différences méthodologiques, telles que l'échantillonnage et l'opérationnalisation des variables, peuvent expliquer les différences entre les résultats obtenus. À titre d'exemple, l'échantillon de Joe *et al.* (2014) était composé d'une clientèle d'adolescents recevant des services de réadaptation pour la consommation problématique de psychotropes et l'étude de Ayotte *et al.* (2015) portait sur un échantillon d'adolescentes en unité d'hébergement d'un Centre Jeunesse. Les difficultés d'adaptation vécues par les jeunes de ces deux études étaient possiblement plus sévères que celles rapportées par les jeunes de l'échantillon de la présente étude.

Les résultats des analyses multivariées subséquentes ont permis de conclure que les adolescents plus âgés développent significativement une plus forte alliance

thérapeutique, alors que ceux présentant des difficultés extériorisées plus sévères développent une plus faible alliance thérapeutique, mais de façon marginalement significative. En effet, le sexe et les difficultés intériorisées ne sont plus significativement liés à la qualité de l'alliance thérapeutique dans les analyses multivariées. Bien que peu corrélé aux autres variables dans les analyses bivariées, l'âge ressort comme la covariable qui contribue le plus dans les analyses multivariées. Possiblement que la maturité de l'adolescent pourrait constituer un facteur d'importance dans la construction d'une forte alliance thérapeutique. De plus, la prédominance des difficultés extériorisées dans l'échantillon a possiblement diminué l'impact observable du sexe et des difficultés intériorisées sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Le sexe et les difficultés extériorisées ont possiblement partagé une même proportion de la variance expliquée par le modèle de régression considérant que les difficultés extériorisées se manifestent davantage chez les garçons (Hammerslaga et Gulleya, 2016; Kazdin, 1992; Maughan, Rowe, Messer, Goodman et Meltzer, 2004; Romano, Tremblay, Vitaro, Zoccolillo et Pagani, 2001). Néanmoins, l'impact de l'âge et des difficultés extériorisées sur la qualité de l'alliance thérapeutique demeure le même lorsque le niveau de motivation au changement est considéré. Par rapport aux jeunes qui sont au stade de précontemplation, les jeunes qui présentent des niveaux supérieurs de motivation au changement, soit ceux aux autres stades de changement, rapportent tous une meilleure alliance thérapeutique globale. Ces résultats étaient attendus puisque, logiquement, les adolescents plus motivés à travailler sur leurs difficultés sont plus enclins à travailler de pair avec les intervenants. Dans les analyses multivariées, les jeunes au stade de l'action sont ceux pour qui l'augmentation de l'alliance thérapeutique est la plus petite. En cohérence avec les résultats obtenus dans les analyses univariées, la recherche d'indépendance inhérente à l'adolescence et le fait que les jeunes au stade de l'action ont déjà mis en place des stratégies face à leurs difficultés pourraient expliquer la plus faible contribution de ce stade pour expliquer la qualité de l'alliance thérapeutique. Enfin, malgré des échantillons différents, les résultats obtenus corroborent ceux d'Ayotte *et al.* (2015), les adolescentes qui

présentent à la fois des difficultés extériorisées plus sévères et une plus faible motivation au changement rapportent une alliance thérapeutique plus faible.

En somme, un plus haut niveau de motivation au changement semble associé à une plus forte alliance thérapeutique globale, au-delà de l'âge, du sexe et des difficultés d'adaptation. Bien que significative, la variance expliquée est petite lorsqu'on considère que les analyses effectuées par Fitzpatrick et Irannejad (2008) avaient expliqué 68% de la variance de l'alliance thérapeutique globale à partir du niveau de motivation au changement seulement. Force est de constater que d'autres variables doivent être considérées pour bien comprendre la relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique, dont le contexte d'intervention. En effet, dans l'étude de Fitzpatrick et Irannejad (2008), les jeunes étaient suivis de façon individuelle par des intervenants du milieu scolaire et dans plusieurs cas, les adolescents et les intervenants se connaissaient depuis plus de deux ans. Dans la présente étude, les adolescents vivaient une crise familiale et n'avaient jamais rencontré les intervenants. Or, l'attitude et les comportements que les intervenants manifestent à l'endroit des adolescents ont un impact sur la qualité de l'alliance thérapeutique (Karver *et al.*, 2005). Cet impact serait peut-être plus important au début de la relation d'aide puisque la confiance mutuelle est peu développée. De plus, dans le cadre du programme CAFE, les jeunes avaient à interagir avec le même intervenant que les autres membres de leur famille. Ce partage de l'intervenant a peut-être créé de la méfiance ou de la résistance chez certains adolescents. Par le fait même, ceci a pu précariser la construction de l'alliance thérapeutique, même chez des adolescents rapportant un haut niveau de motivation au changement.

2. RETOMBÉES POUR LA PRATIQUE PSYCHOÉDUCATIVE

Plusieurs retombées pour la pratique psychoéducative peuvent être réfléchies en lien avec les résultats obtenus. D'abord, en soutenant l'existence d'une relation entre le niveau initial de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique

à la troisième semaine, cette étude démontre l'importance pour les intervenants de porter une attention particulière à ces deux concepts lorsqu'ils interviennent auprès d'adolescents qui présentent des difficultés d'adaptation. Ce postulat est d'autant plus important compte tenu du fait que la motivation au changement et l'alliance thérapeutique sont des concepts centraux à toute relation d'aide, eu égard du contexte d'intervention et de la clientèle ciblée.

Selon les résultats obtenus, les adolescents qui rapportent une plus faible motivation au changement, les garçons, les adolescents plus jeunes et ceux qui vivent des difficultés extériorisées plus sévères, ont plus de difficultés à créer une alliance thérapeutique de qualité. Particulièrement auprès de ces jeunes, travailler le niveau de motivation au changement plutôt que de tenter d'agir sur des difficultés qu'ils ne reconnaissent pas pourrait être une avenue intéressante.

Les résultats de la présente étude mènent à des conclusions similaires à celles de Brunelle et Bertrand (2010). Les intervenants devraient recevoir davantage de formation, non seulement sur l'évaluation du niveau de motivation au changement, mais aussi sur les bonnes pratiques à privilégier en fonction du stade de changement du jeune. Les intervenants doivent être sensibilisés à l'impact que leurs interventions peuvent avoir sur le niveau de motivation au changement des jeunes, ainsi que sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Ces recommandations sont d'autant plus pertinentes compte tenu du fait que les adolescents entrent fréquemment dans les services d'aide psychosociale au stade de précontemplation (DiGiuseppe *et al.*, 1996; Shirk et Karver, 2003; Zack *et al.*, 2007). Par ailleurs, de nombreux chercheurs soulignent l'efficacité de l'approche motivationnelle et privilégient son utilisation auprès des adolescents présentant des difficultés d'adaptation (Brunelle *et al.*, 2010; Miller et Rollnick, 2004). Les principes d'intervention à la base de l'approche motivationnelle, tels que l'écoute centrée sur la personne, l'absence d'attitudes directives et l'augmentation du sentiment d'auto efficacité ont démontré leurs impacts positifs sur le processus de réadaptation des adolescents (Brunelle et Bertrand, 2010; Miller et Rollnick, 2004). Ces principes

sont d'ailleurs en cohérence avec les fondements mêmes de la psychoéducation énoncés par Renou (2005) selon lesquels le défi proposé au sujet doit être significatif pour favoriser le changement de comportement. En effet, l'auteur souligne que la motivation du sujet influence sa perception du défi, ce qui peut par le fait même influencer sa perception de la personne qui lui lance ce défi, c'est-à-dire l'intervenant.

En lien avec le développement de l'alliance thérapeutique, la clarification préalable du rôle de l'intervenant semble importante auprès d'une clientèle adolescente, particulièrement lorsqu'un seul intervenant s'adresse à l'ensemble de la famille. En effet, dans la plupart des cas, la planification des priorités et des stratégies d'intervention est réfléchie par des personnes autres que les adolescents eux-mêmes (parent, enseignant, autres intervenants) (DiGiuseppe *et al.*, 1996; Shirk et Karver, 2003; Zack *et al.*, 2007). Spécifiquement dans les interventions familiales, les buts des interventions sont généralement discutés avec l'ensemble des membres de la famille, mais ne seraient pas toujours entérinés par les adolescents (DiGiuseppe *et al.*, 1996; Zack *et al.*, 2007). Les motivations et les buts estimés comme pertinents par les adolescents sont donc à risque d'être occultés, ce qui peut certainement affecter négativement leur perception de l'alliance thérapeutique. Considérant que selon la présente étude, ce sont les construits buts et tâches du modèle de Bordin (1979) qui varient selon le niveau de motivation au changement des adolescents en début de service, il serait d'autant plus important de s'assurer d'impliquer les adolescents dans la planification des objectifs et stratégies d'intervention, au même titre que les parents. De manière concrète, les intervenants gagneront à aider les adolescents à formuler leurs propres buts (Diamond, Liddle, Hogue et Dakof, 1999, dans Fitzpatrick et Irannejad, 2008) et à les impliquer, au niveau des tâches, dans la recherche de solutions, de façon à augmenter leur sentiment d'auto efficacité. Bien que pertinentes pour l'ensemble des adolescents, ces stratégies seraient particulièrement appropriées auprès des jeunes au stade de l'action : ceux-ci sont déjà engagés vers un changement face aux difficultés d'adaptation qu'ils vivent, mais s'entendent plus difficilement avec les intervenants sur les tâches liées à l'intervention. Enfin, même si ce postulat est déjà connu dans le

domaine de la relation d'aide, il est à rappeler qu'avec les adolescents, comme avec les autres clientèles, l'établissement d'un lien de confiance demeure toujours une priorité. En effet, le lien constitue un levier important dans la construction de l'alliance thérapeutique en ce sens qu'il n'est pas affecté par le niveau initial de motivation au changement, mais qu'il peut nettement faciliter l'accord avec le jeune sur les objectifs qui seront poursuivis et sur les stratégies d'intervention qui seront mises en place.

3. LIMITES DE L'ÉTUDE

Les résultats de la présente étude doivent être interprétés à la lumière de certaines limites. Premièrement, puisqu'elles ont été rapportées directement par les jeunes, les mesures utilisées pour l'ensemble des variables à l'étude peuvent avoir été affectées par la désirabilité sociale. En effet, les adolescents ont pu rapporter des résultats qu'ils jugeaient moins problématiques pour éviter d'être jugés négativement par les intervenants ou par leurs parents.

Deuxièmement, l'outil utilisé pour évaluer la motivation au changement est un outil maison pour lequel les caractéristiques psychométriques n'ont pas été évaluées. Cet outil est composé d'une seule question dont les items décrivent, en un énoncé, chacun des stades de changement. Or, chaque stade de changement inclut plusieurs dimensions (Jochems *et al.*, 2011). Par conséquent, cette méthode peut être sujette à une erreur d'évaluation de la part de l'adolescent lors de la complétion de l'outil et ne fournir qu'une représentation globale du niveau de motivation au changement.

Troisièmement, l'attrition a pu influencer les résultats des analyses. En effet, l'absence de données à certaines variables (consommation problématique de psychotropes, qualité de l'alliance thérapeutique) a forcé l'exclusion de plusieurs sujets des analyses. Ceci a pu influencer la puissance statistique et par le fait même, les résultats obtenus.

Quatrièmement, les mesures des difficultés d'adaptation utilisées n'ont pas permis de considérer la comorbidité entre celles-ci. En effet, pour chaque jeune, trois mesures de difficultés d'adaptation étaient rapportées (difficultés intériorisées, difficultés extériorisées, consommation problématique de psychotropes). Or, les jeunes pouvaient présenter des difficultés d'adaptation de plusieurs natures simultanément, mais le cumul de ces difficultés, ou la comorbidité, n'a pas été considéré dans les analyses.

Finalement, la présente étude n'a pas pu répondre à certaines limites précédemment soulevées dans les études recensées. Entre autres, il n'a pas été possible d'évaluer en quoi les caractéristiques personnelles des intervenants ou les comportements qu'ils ont manifestés à l'endroit des adolescents ont pu influencer la qualité de l'alliance thérapeutique rapportée par les jeunes (Ayotte *et al.*, 2015). De plus, le temps de contact entre les adolescents et les intervenants n'a pas pu être contrôlé (Fitzpatrick et Irannejad, 2008; Joe *et al.* 2014).

4. RECOMMANDATIONS POUR LES RECHERCHES FUTURES

À la lumière de ces limites, les recherches futures sur le même sujet devraient inclure des mesures rapportées par plusieurs répondants afin de valider si les relations observées existent toujours lorsque les variables (difficultés d'adaptation, niveau de motivation au changement, qualité de l'alliance thérapeutique) sont évaluées par une autre personne (intervenant, parents, tiers expert). De plus, une attention particulière devrait être portée sur la façon de mesurer le niveau de motivation au changement. La considération individuelle de chacun des stades de changement plutôt qu'une évaluation globale du niveau de motivation au changement, ainsi que l'utilisation d'outils standardisés et validés pour évaluer cette dernière devraient être privilégiées, tout en tenant compte de l'ensemble des difficultés d'adaptation vécues par les adolescents lors de l'évaluation initiale du niveau de motivation au changement.

Dans le même ordre d'idée, l'impact de la comorbidité entre les difficultés d'adaptation sur la relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique devrait être investigué davantage. Il semblerait aussi pertinent d'évaluer qualitativement quels sont les comportements des intervenants qui contribuent à l'augmentation de la motivation au changement et à une meilleure qualité de l'alliance thérapeutique, en particulier dans un contexte d'intervention en milieu familial, ou dans tout autre contexte où plusieurs individus qui vivent une problématique conjointe partagent le même intervenant.

Des analyses permettant d'identifier des variables modératrices ou médiatrices pourraient être explorées afin de mieux comprendre les dynamiques existantes entre les deux variables principales. À titre d'exemple, il serait important d'inclure le sexe dans les analyses puisque cette variable est liée à la nature des difficultés d'adaptation vécues par les adolescents (Kazdin, 1992), ainsi que les facteurs personnels et environnementaux identifiés comme ayant un impact sur la motivation au changement, tel que le soutien social, le niveau de dysfonctionnement de l'environnement familial et les historiques d'abus (Brunelle *et al.*, 2010; Cloutier et Drapeau, 2008; Drieschner *et al.*, 2004; Melnick *et al.*, 1997). Enfin, des études longitudinales incluant plusieurs temps de mesure pour le niveau de motivation au changement et pour la qualité de l'alliance thérapeutique permettraient d'observer le processus d'évolution et l'interrelation entre ces deux variables dans le temps.

5. CONCLUSION

En somme, la présente étude portait sur la relation entre le niveau de motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique en cours de service chez les adolescents présentant des difficultés d'adaptation. Bien que certaines tendances aient été observées dans les études déjà existantes sur ce domaine, beaucoup de divergences dans l'opérationnalisation des variables et dans les résultats obtenus ont justifié d'approfondir davantage la compréhension des relations existantes. Cette

recherche était d'autant plus justifiée considérant que la motivation au changement et la qualité de l'alliance thérapeutique sont des concepts inhérents à tout processus d'intervention. Les résultats ont permis de conclure en l'existence d'une relation significative et positive entre le niveau initial de motivation au changement des adolescents et la qualité de l'alliance thérapeutique en cours de service, au-delà de l'âge, du sexe, des difficultés intériorisées et des difficultés extériorisées. Les résultats obtenus au cours de la présente étude soutiennent l'importance de considérer la motivation au changement en début d'intervention comme un facteur qui peut influencer la qualité de l'alliance thérapeutique en cours de service et, par le fait même, les résultats de l'intervention.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Achenbach, T.M. et Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (1ère éd. 1952).
- Ayotte, M.-H., Lanctôt, N. et Tourigny, M. (2015). Pre-treatment profiles of adolescent girls as predictors of the strength of their working alliances with practitioners in residential care settings. *Children and Youth Services Review*, 53, 61-69.
- Ben Amar, M. (dir.) (2014). *Drogues : Savoir plus, risquer moins* (7e éd.). Montréal: Centre québécois de lutte aux dépendances (1ère éd. 2001).
- Ben Amar, M. et Léonard, L. (2002). Introduction à la pharmacologie et à la toxicomanie. In L. Léonard et M. Ben Amar (dir.), *Les psychotropes: pharmacologies et toxicomanie* (p. 5-17). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Brannigan, R., Schackman, B.R., Falco, M. et Millman, R.B. (2004). The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(9), 904-909.
- Broome, K.M., Joe, G.W. et Simpson, D.D. (2001). Engagement models for adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 608-623.
- Brunelle, N. et Bertrand, K. (2010). Trajectoires déviantes et trajectoires de rétablissement à l'adolescence: typologie et leviers d'intervention. *Criminologie*, 43(2), 373-399.
- Brunelle, N., Bertrand, K., Tremblay, J., Arseneault, C., Landry, M., Bergeron, J. et al. (2010). Impacts des traitements et processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois. *Drogues, santé et société*, 9(1), 211-247.

- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2013). *Quand les troubles de santé mentale et l'abus de substances se rencontrent, Comprendre, prévenir, cerner et traiter les problèmes de santé mentale et d'abus de substances chez les jeunes*. Ottawa: CCLT.
- Cloutier, R. et Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence* (3e éd.). Montréal : Les Éditions de la Chenelière Inc. (1re éd. 1982).
- Connors, G.J., DiClemente, C.C., Dermen, K.H., Kadden, R., Carroll, K.M. et Frone, M.R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(1), 139-149.
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S. et Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*, 15(1), 36-45.
- Darchuck, A.J. (2007). *The role of the therapeutic alliance and its relationship to treatment outcome and client motivation in an adolescent substance abuse treatment setting*. Thèse de doctorat en psychologie, Ohio University, Ohio.
- Derisley, J. et Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stage of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(4), 371-382.
- DiClemente, C.C. (1999). Motivation for change: Implications for substance abuse treatment. *Psychological Science*, 10(3), 209-213.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J. et Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology*, 5(1), 85-100.
- Drieschner, H.K., Lammers, S.M.M. et Van der Staak, C.P.P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1115-1137.
- Fitzpatrick, M.R. et Irannejad, S. (2008). Adolescent readiness for change and the working alliance in counselling. *Journal of Counselling & Development*, 86(4), 438-445.
- Garner, B.R., Godley, S.H. et Funk, R.R. (2008). Predictors of early therapeutic alliance among adolescents in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(1), 55-65.

- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117-131.
- Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N. et Bergeron, J. (2013). *DEP-ADO : Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes, version 3.2a - octobre 2013*. Québec : Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ).
- Groshkova, T. (2010). Motivation in substance misuse treatment. *Addiction Research and Therapy*, 18(5), 494-510.
- Grote, J.L. (2011). *The relationship between adolescents' stage of change and their ability to establish a working alliance in psychotherapy*. Thèse de doctorat en psychologie, University of Denver, Denver.
- Gouvernement du Québec (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être.
- Gouvernement du Québec (2013). *Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CDDD et en CJ*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Hammerslag, L.R. et Gulley, J.M. (2016). Sex differences in behavior and neural development and their role in adolescent vulnerability to substance use. *Behavioural Brain Research*, 298(A), 15-26.
- Horvath, A.O. et Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Horvath, A.O. et Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Jochims, E.C., Mulder, C.L., Van Dam, A. et Duivenvoorden, H.J. (2011). A critical analysis of the utility and compatibility of motivation theories in psychiatric treatment. *Current Psychiatry Reviews*, 7(4), 298-312.
- Joe, G.W., Knight, D.K., Becan, J.E. et Flynn, P.M. (2014). Recovery among adolescents: models for post-treatment gains in drug abuse treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(3), 362-373.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S. et Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 35-51.

- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S. et Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65.
- Kazdin, A.E. (1992). Child and adolescent dysfunction and paths toward maladjustment: Targets for intervention. *Clinical Psychology Review*, 12(8), 795-817.
- Kozloff, N., Cheung, A.H., Ross, L.E., Winer, H., Ierfino, D., Bullock, H. et al. (2013). Factors influencing service use among homeless youths with co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 64(9), 925-928.
- Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J. et Brunelle, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société*, 3(1), 20-37.
- Le Moigne, P. (2008). La dépendance aux médicaments psychotropes. De la psychopharmacologie aux usages. *Drogues, santé et société*, 7(1), p. 57-88.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. et Meltzer, H. (2004). Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 45(3), 609-621.
- Mash, E.J. et Barkley, R.A. (2014). *Child Psychopathology* (3^e éd.). New York, New York: The Guilford Press (1^{re} éd. 1996).
- McLoed, B.D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603-616.
- Melnick, G., De Leon, G., Kawke, J., Jainchill, N. et Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adult substance abusers. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 23(4), 485-506.
- Miller, W.R. et Rollnick, S. (2004). Talking Oneself Into Change: Motivational Interviewing, Stages of Change, and Therapeutic Process. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18(4), 299-308.
- Mishara, B.L. et Legault, A. (2000). L'abus de médicaments, d'alcool et de drogues. *Psychologie clinique de la personne âgée*. Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Mossière, A. et Serin, R. (2014) A critique of models and mesures of treatment readiness in offenders. *Agression and Violent Behavior*, 19(4), 383-389.

- Paupé, R., Touchette, L. et Desautels, J. (2017). *Intervenir en situation de crise familiale selon une approche écosystémique*. Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Paupé, R., Touchette, L. et Joly, J. (2014). *Impact de l'application fidèle du programme Crise-ado-famille-enfance sur l'évolution des jeunes et des familles*. Sherbrooke, Québec: Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation.
- Principe, J.M., Marci, C.D., Glick, D.M. et Ablon, J.S. (2006). The relationship among patient contemplation, early alliance, and continuation in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 238-243.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. et Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1002-1114.
- Reeve, J. (2012). *Psychologie de la motivation et des émotions* (Trad. par S. Masmoudi) (1^{re} éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : Une approche, une méthode*. Montréal, Québec : Béliveau éditeur.
- Robbins, M. S., Liddle, H.A., Turner, C.W., Dakof, G.A., Alexander, J.F. et Kogan, S.M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. *Journal Of Family Psychology*, 20(1), 108-116.
- Rochlen, A.B., Rude, S.S. et Baron, A. (2005). The relationship of client stages of change to working alliance and outcome in short-term counseling. *Journal of College Counseling*, 8(1), 52-54.
- Romano, E., Tremblay, R.E., Vitaro, F., Zoccolillo, M. et Pagani, L. (2001). Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: Findings from an adolescent community sample. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 42(4), 451-461.
- Shelef, K., Diamond, G.M., Diamond, G.S. et Liddle, H.A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 73(4), 689-698.
- Shirk, S.R. et Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464.

- Simpson, D.D. et Joe. G.W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy*, 30(2), 357-368.
- Steinberg, L. et Morris, A.S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 83-110.
- Wong, C.F., Silva, K., Kecojevic, A., Schrager, S. M., Bloom, J. J., Iverson, E. *et al.* (2013). Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical prescription drug and illicit drug use among high-risk young adults. *Drug And Alcohol Dependence*, 132(1-2), 165-171.
- Zack, S.E., Castonguay, L.G. et Boswell, J.F. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(6), 278-288.
- Zapert, K., Snow, D.L. et Kraemer Tebes, J. (2002). Patterns of substance use in early through late adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 30(6), 835- 852.

ANNEXE A

ÉVALUATION DE LA MOTIVATION AU CHANGEMENT DU JEUNE SELON LE JEUNE LUI-MÊME

E12-A	1- Questionnaire sur les attitudes du jeune face aux difficultés actuelles (version jeune)
<p>Généralement, dans une situation de crise familiale, les jeunes et les parents contribuent chacun à leur façon aux difficultés qui sont à l'origine de la demande d'aide. Selon notre observation, les jeunes bénéficiant de services adoptent différentes attitudes face aux problèmes qu'ils présentent eux-mêmes.</p> <p>Selon ton appréciation quelle phrase (parmi celles qui suivent) caractérise le mieux <u>ton attitude</u> actuelle face à tes propres problèmes.</p> <p>N'indique qu'une seule réponse</p>	
1 <input type="radio"/>	Les gens autour de moi pensent que j'ai des problèmes. Pour ma part, je ne pense pas avoir de problèmes, ou je ne veux pas les résoudre.
2 <input type="radio"/>	Je réalise que j'ai des problèmes mais je ne suis pas certain(e) que je suis prêt(e) à les résoudre.
3 <input type="radio"/>	Je me prépare à me mettre en action / à agir dans le but de résoudre mes problèmes au cours des prochaines semaines.
4 <input type="radio"/>	Au cours des derniers jours, j'ai pris des actions spécifiques pour résoudre mes problèmes.
5 <input type="radio"/>	Je travaille à maintenir les changements que j'ai faits pour résoudre mes problèmes.
6 <input type="radio"/>	J'ai pris des actions pour résoudre mes problèmes et je ne présente plus du tout ces problèmes.

Protocole d'évaluation multidimensionnel des adolescents – Intervention de crise
(PEMA-IC, Pauzé *et al.*, 2014)